

**HELOISA HELENA ZIMMER RIBAS DIAS**

**O “DES”CUIDADO EM SAÚDE: A VIOLÊNCIA VÍSEL E  
INVISÍVEL NO TRABALHO DE ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS**

**JULHO 2002**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**O “DES”CUIDADO EM SAÚDE: A VIOLÊNCIA VÍSEL E  
INVISÍVEL NO TRABALHO DE ENFERMAGEM**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

**HELOISA HELENA ZIMMER RIBAS DIAS**

**ORIENTADORA: PROF. DRA. FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS**

**FLORIANÓPOLIS**  
**JULHO DE 2002**

**HELOISA HELENA ZIMMER RIBAS DIAS**

**O “DES”CUIDADO EM SAÚDE: A VIOLÊNCIA VISÍVEL E INVISÍVEL  
NO TRABALHO DE ENFERMAGEM**

Dissertação submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

**Mestre em Enfermagem**

E aprovada na sua versão final em 18 de julho de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

---

Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires  
Coordenadora PEN/UFSC

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Presidente

---

Profa. Dra. Ingrid Elsen  
Membro

---

Profa. Dra. Marta Lenise do Prado  
Membro

---

Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs  
Suplente

---

Profa. Dda. Dalva Irany Grütner  
Membro extra em formação

Todo jardim começa com um sonho de amor.  
Antes que qualquer árvore seja plantada,  
ou qualquer lago seja construído,  
é preciso que as árvores e os lagos tenham nascido dentro da alma.  
Quem não tem jardins por dentro,  
não planta jardins por fora, e nem passeia por eles".  
R. Alves

**Homenagem do Centro Crescer sem Violência à Equipe 71 do VIII TELELACRI-USP 2001 – Curso de Especialização em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes – Equipe número 071, de Florianópolis-SC – Integrada por \*Catarina Maria Schmickler (Assistente Social e Docente da UFSC), \*Dalva Irandy Grüdner (Enfermeira e Docente da UFSC), \*Denise Gomes Izumi (Pedagoga), \*Eliane Delamar Roque (Assistente Social), \*Helôisa Helena Zimmer Ribas Dias (Enfermeira e Docente da FURB), \*Ize Maria Granzotto Nunes (Advogada do Centro de Promotoria da Infância e da Juventude), \*Luciana Hoerich de Andrade Xavier (Assistente Social), \*Noelise da Silva (Assistente Social), \*Patrícia da Purificação (Psicóloga), \*Patrícia Pereira Grujic (Assistente Social), \*Sandra Helena Seemann Ramos (Assistente Social), \*Zeli Sabino Delfino (Assistente Social).**

### **Medicatória**

Dedico com muito carinho este trabalho a todos os trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem na busca de um novo olhar no processo de trabalho/cuidar/cuidado.

## **Dedicatórias póstumas**

Ao meu avô materno Gustavo Zimmer, cuja existência foi marcada pelo entusiasmo e por acreditar na vida!

Ao meu pai Cid, por ter sido o que foi, pelo seu amor desprendido: a minha eterna saudade!

Aos inocentes — crianças, jovens, adultos e idosos — vítimas da violência nossa de cada dia, o meu respeito.

Às vítimas inocentes dos atentados de 11 de setembro de 2001, em Washington D.C., New York City e Pennsylvania, Estados Unidos da América, a minha homenagem e orações às famílias enlutadas.

## *Agradecimentos Muito Especiais*

À doce, meiga e eterna amiga orientadora, Flávia, pelo imenso carinho, dedicação, ternura, tranquilidade (fundamental) por acreditar em minha proposta e, sobretudo, por aceitar o desafio de ser minha orientadora: toda minha gratidão e afeto!

À amiga Yolanda Rones e Silva, Docente da UNM/PAU, pelas valiosíssimas contribuições e incentivo: se hoje cheguei até aqui, você pode se considerar co-partícipe nesta trajetória. MUITÍSSIMO obrigado, querida amiga!

À Dalva Inany Grudner, irmã querida na fé e companheira de especialização em Violência Doméstica pelas orações, apoio, contribuições e compartilhares: que Deus te abençoe e te retribua por tudo,

A Prof. Ingrid Eisen, grande entusiasta em pesquisar as áreas de família e violência, por me despertar para a área da violência. Suas contribuições e seu carinho foram excepcionais: muito obrigado, querida mestra.

A Profa. Dra. Marta Prado, querida amiga, pelas contribuições e incentivos: minha gratidão e afeto.

## Agradecimentos

Foram muitas as pessoas que contribuíram, de forma a tornar possível a realização e conclusão desta trajetória:

Ao Senhor Jesus Cristo, autor da vida e da salvação, a Ele, toda a honra, toda a glória e minha eterna gratidão, pois, "...Até aqui nos ajudou o Senhor" ( Bíblia Sagrada 1º Samuel 7: 12)

Ao Fred (José Alfredo), amado esposo, companheiro, amigo, meu grande incentivador: minha gratidão pelo imenso amor, carinho, paciência, compreensão, por me aceitar como sou, pelas palavras de ânimo e de ternura nos momentos difíceis, por dividir esta vida a dois. Eu amo você!

À Ana Luíza, dádiva de Deus, pelo amor dedicado à mamãe, por entender minhas ausências e por esta imensa alegria de viver que transmites a todos: tu és muito especial, querida!

A minha mãe Lenir, pelo amor incondicional, paciência, apoio, que nunca mediu esforços para que eu chegasse até aqui e pelo incentivo de ir à luta pela criação da nova turma do Mestrado: que Deus te retribua em forma de bênçãos por tudo o que fizestes por mim!

À Mark, minha fiel amiga, braço direito, por ajudar a cuidar de minha família, na minha ausência, sobretudo pelo grande carinho para com Ana Luíza (uma segunda mãe para ela), e para com minha mãe, em sua enfermidade: muito obrigado por tudo!

A todos os meus familiares que sempre me apoiaram com amor e oração, a minha gratidão.

À amiga e grande companheira deste Mestrado, Bernadete Kneutz Erdtmann, pela imensa amizade, pelas lágrimas enxugadas ao longo de nossa trajetória, pelo apoio sem medida na luta de criação da nova turma do Mestrado, por compartilhar juntas nossas alegrias e dissabores, com muitas saudades: danke schön ou obrigada é pouco, como diz a Bíblia (em versão modificada no gênero feminina): "há amiga mais chegada que uma irmã" (Eclesiastes);



A todos os demais companheiros e companheiras deste Mestrado, em especial a Liginha (Maria Lúgia), Magda, Eliani Costa, pela convivência gostosa, construtiva, compartilhando juntos nossos saberes, afeto e amizade;

A tia Leticia Zimmer Rebelo, pelas contribuições em língua inglesa. Thank you very much!

A Professora Maria Albertina Bráglia Pacheco, pelas contribuições, incentivo, e disponibilidade em me ajudar: que Deus te retribua por tudo e o meu carinho.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PBN/UFSO, seus funcionários, assim como aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem da UFSO o meu respeito e gratidão.

Às colegas e amigas que participaram como sujeitos deste estudo, com gentileza e entusiasmo, a minha imensa gratidão: obrigada por acreditarem na proposta de construção de um cotidiano de Enfermagem mais sensível, humano e ético.

À Luzia, minha gratidão por realizar as tarefas de "arte final" desta dissertação.

À Enfermeira e Mestranda Verônica Mattos Tezza, diretora do CEPPOM – Centro Profissionalizante Vida – a minha gratidão pelo apoio, por acreditar neste trabalho e pela cessão do espaço físico de sua escola para que pudesse desenvolver minha prática assistencial: muito obrigado, querida amiga!

A todos os profissionais trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem, que participaram do processo de construção de minha dissertação, meu respeito e agradecimento.

Ao corpo docente da Universidade Regional de Blumenau, por confiar em meu trabalho enquanto educadora;

Aos irmãos e irmãs em Cristo da Primeira Igreja Presbiteriana de Florianópolis, pelas orações constantes.

Aos nossos clientes usuários dos serviços de saúde, o meu afeto e agradecimento: vocês são a razão da profissão da Enfermagem.

A todos aqueles que – direta ou indiretamente – contribuíram de alguma forma para que esta etapa fosse construída e vivenciada: minha profunda gratidão!

## **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo identificar as formas de violência presentes no cuidado institucionalizado à saúde, a partir das percepções e experiências de trabalhadoras de Enfermagem. Buscou, também discutir as questões éticas e educativas que envolvem a violência no processo de trabalho de Enfermagem. Tratou-se de uma pesquisa convergente-assistencial, conforme proposta por Trentini e Paim (1999), desenvolvida com trabalhadoras de Enfermagem de diversas áreas de atuação e especialidades, que privilegiou as expressões das participantes levantadas através de aplicação de questionário e realização de oficinas educativas. A abordagem do tema fundamentou-se, inicialmente, em uma revisão bibliográfica das diferentes nuances e classificações acerca da violência, identificando a carência de estudos sobre a violência no contexto do cotidiano do cuidado em saúde e do trabalho de enfermagem. Posteriormente, a análise dos dados permitiu um entendimento sobre os significados expressos pelas trabalhadoras estudadas quanto a violência na vida social e no seu cotidiano de trabalho, evidenciando o reconhecimento de duas faces do objeto: o trabalhador de Enfermagem enquanto agente de violência e, do outro lado, este mesmo trabalhador como receptor da violência. Também foi possível constatar as diversas formas sob as quais a violência se manifesta e é apreendida pelos sujeitos, assim como os limites e as questões éticas que envolvem a formação destes profissionais e a busca de soluções para o enfrentamento desta realidade. O estudo contribuiu para a ação-reflexão da profissão de Enfermagem visando um processo de trabalho/cuidado humanizado, ético, cidadão e, sobretudo, para repensar a Enfermagem e a vida.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to identify the forms of violence present in the institutionalized health care from the perceptions and experiences of nursing workers. It also searches to discuss ethics and educational questions which involve violence in the working process of Nursing. It is a convergent-assistencial research, as proposed by Trentini and Paim (1999), developed with nursing workers from different areas and specialties and which has contemplated the expressions of the participants through the application of questionnaires and educational workshops. The approach to the theme has been based, primarily, in a literature review of the different forms and classifications existing around violence, identifying the need for studies on violence in the everyday context of health care of Nursing. Furthermore, the data analysis has allowed an understanding of the meanings of violence in social life and everyday work expressed by the subjects studied, showing the recognition of the two faces of the object: one is the nursing worker as the agent of violence and the other the same worker as receiver of this violence. Additionally, it has been possible to observe the array of forms through which violence manifests itself and is absorbed by the subjects, as well as the limits and ethical questions involved in the formation of these professionals and the search for solutions to face this reality. This study has contributed to the action-reflection of the Nursing profession aiming at humanized and ethical work/care process and, mainly, to rethinking Nursing and life.

## **RESUMEN**

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS .....	22
2.1 Objetivos:.....	22
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 Porque utilizar o termo violência.....	23
3.2 Identificando as diferentes nuances e classificações acerca da violência:.....	26
3.2.1 Violência doméstica.....	32
3.2.2 Violência psicológica.....	37
3.2.3 A ótica da violência do trabalho infantil:.....	40
3.2.4 A dimensão da violência e juventude:.....	40
3.2.5 Violência sexual:.....	41
3.2.6 Negligência:.....	44
3.2.7 Violência contra a mulher.....	46
3.2.8 Violência contra os idosos .....	47
3.3 Violência institucionalizada na Saúde e na Enfermagem: a violência do (des)cuidado:50	
4 BASES E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	56
4.1 Delimitando uma perspectiva de análise - o marco conceitual.....	56
4.2 Procedimentos metodológicos .....	63
4.3.1 Local e sujeitos do estudo:.....	64
4.3.2 As participantes.....	67
4.3.3. Coleta de dados .....	67
4.3.4. Análise dos dados:.....	71
5 A VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DAS TRABALHADORAS .....	73
5.1. Buscando a compreensão inicial dos significados acerca da violência:.....	73
5.2 A violência no cotidiano do trabalho de enfermagem: as duas faces da mesma moeda.77	
5.2.1 A face da coroa: o trabalhador de enfermagem enquanto vítima de violência.....	77
5.2.2. A face da cara: quando o trabalhador de enfermagem é o agente da violência:.....	89

6 AS DIMENSÕES DO (DES)CUIDADO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM: buscando uma síntese compreensiva.....	96
6.1 A violência e a formação em Enfermagem: dimensões ética e educativa:.....	101
6.2 Construção coletiva do conceito de (des)cuidado de enfermagem e os caminhos para a sua prevenção:.....	106
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
ANEXOS .....	126
ANEXO 01 - Termo de consentimento livre e esclarecido .....	127
ANEXO 02 - Questionário.....	128
ANEXO 03 - Convite.....	129
ANEXO 04 – Declaração de participação - certificado.....	130

# 1 INTRODUÇÃO

## No cenário da História da civilização mundial

Século XXI - terça-feira, 11 de setembro de 2001, hora brasileira, 08 horas e 45 minutos: entra em cena, no palco mundial, a protagonista violência. Na platéia, a sociedade global assiste atônita, indignada, perplexa, sem nada compreender, a onda de atentados terroristas que assolou os Estados Unidos. Pessoas ainda faziam indagações que este fenômeno provoca, quando surgiu no mesmo cenário uma outra forma de violência: o bioterrorismo<sup>1</sup>. Ao mesmo tempo em que virou-se mais uma página da História, outra vez, sou sacudida em meus questionamentos acerca da violência.

Por quê ela acontece em tamanhas proporções? Por quê desde os primórdios das civilizações, a sociedade possui um processo de ser e de viver violento? Por quê ela é provocada? Será que há necessidade de violência para sobreviver? Sempre impressionam os fatos relacionados à violência. Constantemente, deseja-se obter respostas a diversos questionamentos que afloram nas mentes humanas sobretudo nestas ocasiões, porém, percebe-se que o fenômeno é complexo, e, por se apresentar sob várias vertentes, a busca de respostas pode levar a diferentes interpretações.

Tantas interrogações vêm às mentes humanas na tentativa de explicar e de compreender algo que parece fora de controle. A violência permeia a sociedade, entra por todos os espaços sem pedir licença, dissemina-se em todas as esferas sociais, desconstruindo o mito de que a violência é privilégio das esferas sociais menos favorecidas.

---

<sup>1</sup> Bioterrorismo: Forma de violência praticada com a utilização de agentes químicos e/ou biológicos como armas.

Então, surgem outros questionamentos: até que ponto os cidadãos comuns pertencentes à sociedade do cotidiano violento em todas as partes, estão preparados para enfrentá-la? Existe alguma forma de se prevenir o fenômeno da violência?

**Violência.** Palavra oriunda do latim *violentia*. Possui inúmeros conceitos, definições, percepções e significados. Algo que incomoda, constrange, oprime, desajusta e fere o ser humano e a sociedade. Acontece desde os primórdios da história das civilizações e, em muitas vezes, antes mesmo do nascimento de um novo ser.

Minayo (1994, p.7) resgata a concepção de que a violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. Ainda, a autora adverte que a violência afeta a saúde, uma vez que é capaz de provocar doenças e alterações negativas na integridade corporal, orgânica e emocional, além de provocar a morte tolhendo o direito do ser humano à vida, sendo assim a negação de toda legalidade possível.

A violência constitui um fenômeno mundial, de extrema gravidade, principalmente no Terceiro Mundo, em virtude dos quadros de exclusão social e sua magnitude é tamanha que, conforme denuncia Saffioti (1997), tornou-se sinônimo de endemia. Conseqüentemente, desde 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem tratando o problema com enfoque epidemiológico.

O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (2001), face aos índices alarmantes de ocorrência de óbitos pelas chamadas causas relacionadas à violência (homicídios, acidentes de trânsito), promoveram o **Seminário Nacional sobre violência urbana e segurança pública**, em 30 e 31 de outubro de 2001. Foi elaborada a **Carta de Brasília**, contendo diretrizes para realização de novos seminários sobre violência urbana e saúde e para a criação de uma Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Compartilhando com Ramos, Verdi e Kleba (1999), o trabalho na área da saúde – e isto inclui o trabalho em Enfermagem - tem desafiado os profissionais destas áreas com novos questionamentos e antigas inquietações provocadas pela diversidade do viver humano, confrontando com seus próprios limites e com uma face desconhecida sobre si mesma e sobre seu mundo. Este desconhecimento refaz-se e revela um novo desafio a cada descoberta.

Dentro do quadro da violência cotidiana, figuram os trabalhadores e trabalhadoras da Enfermagem, que cuidam destas vítimas. Sendo estes cuidadores profissionais trabalhadores e



trabalhadoras da Enfermagem, este fato leva-nos a interrogar até que ponto estes indivíduos estão instrumentalizados para cuidar das vítimas da violência nossa de cada dia? Que significados possuem estes trabalhadores e trabalhadoras acerca da violência? O que ela representa para cada um? Como os trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem estão agindo frente à violência? Associadas a estas questões, surgem outras, estreitamente relacionadas ao contexto do trabalho em saúde, dentre as quais posso destacar aquelas que mais intensamente motivaram este estudo: Durante a prestação do cuidado de Enfermagem existe violência? Se ela existe, em quais situações acontece? Quais são suas implicações para a profissão? Será que os profissionais trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem sofrem alguma forma de violência por parte de seus clientes? Na verdade, existem dois eixos dentro do fenômeno da violência no processo de trabalho/ cuidado de Enfermagem que me proponho a delinear: primeiramente, há possibilidade destes trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem serem agentes causadores de violência, tanto com o(s) cliente(s), como entre seus colegas; em segundo lugar, existe a possibilidade destes mesmos trabalhadores e trabalhadoras serem receptores de violência, tanto por parte da clientela atendida e de seus familiares, como por parte de seus colegas de equipe de Enfermagem e/ou de Saúde?

Há necessidade de se considerar diversos aspectos na gênese da violência no cotidiano de trabalho: Primeiramente, a existência das chamadas **resistências pessoais**, ou **reticências psicológicas**, como denominam Azevedo e Guerra (2001)<sup>4</sup>, baseadas numa terminologia sugerida pelo Guia Pedagógico do Ministério de Solidariedade, da Saúde e da Proteção Social, da França:

[...] Enquanto **resistências psicológicas**, as **reticências** provém de várias fontes, basicamente das interações que você vivenciou ao longo de sua vida em família, na escola, no trabalho, com amigos, conhecidos, na sociedade brasileira, enfim (AZEVEDO; GUERRA, 2001, Vol.1, p.22).

Para estas autoras, as reticências psicológicas são resistências pessoais ao trato de casos de violência. Estas resistências consistem em reações inesperadas de ódio, vingança, com a crença de que a vítima (no caso particular de violência sexual) pediu para ser abusada, ou então, atitudes de indiferença, descrença, descaso, pieguice, ambivalência, ou ainda, com sentimento de incômodo, de mal estar que levam o indivíduo (profissional) a preferir cortar a questão e fugir do caso.

Estas reticências constituem, dentro de diversas percepções, fator prejudicial e um dos determinantes na possibilidade de violência dentro do processo de trabalho/ cuidado em

Enfermagem, pois, tanto a negligência, como a omissão podem ser caracterizadas como um (des)cuidado. Também estas mesmas reticências interferem, tanto no processo de atendimento ao cliente, como no relacionamento entre colegas.

Já Azevedo e Guerra (2001) consideram essas resistências como prejudiciais à segurança das vítimas, principalmente, no caso específico abordado pelas mesmas, à segurança infantil.

Outro aspecto a ser considerado: existem **vítimas das reticências psicológicas** por parte dos colegas da equipe de Saúde, o que evidencia a face da violência no cotidiano de Saúde.

Constatou-se, no decorrer da trajetória de pesquisa no âmbito da violência, um fato curioso, interessante e verdadeiro: **praticamente todas as pessoas que pesquisam aspectos relacionados à violência justamente são aquelas que sofrem alguma forma de violência, particularmente nesta trajetória**, traduzida nas formas de negativas ao(s) pesquisador(es) por parte de determinadas instituições que temem “rótulos” e/ou “olhares” como sendo consideradas “instituições violentas”, através de impasses, negativas e/ou dificuldades de acesso aos pesquisadores a documentos, prontuários, etc, respostas sem nenhuma fundamentação de que tal trabalho/ pesquisa não interessa àquela instituição – são violências camufladas, disfarçadas, mas que são verdadeiramente violência na forma de **reticências psicológicas** por parte dos outros profissionais. Este fato foi constatado, inclusive, compartilhando com outros colegas que se propuseram a pesquisar diversos aspectos da violência: a maioria destes colegas foram vítimas de violências evidenciadas através de negativas de instituições, negação de acesso a documentos e, sobretudo, das **reticências psicológicas dos colegas de equipe de Saúde**, o que é lamentável!

Outros fatores necessitam ser considerados na gênese da violência, tais como a Síndrome de Burnout, descrito muito bem por Radünz (2001) e Laterman (2000), em suas respectivas obras, caracterizada por uma espécie de desgaste por parte do profissional. Laterman (2000), pedagoga, denomina Síndrome de Burnout como sendo uma falta de compromisso, sentimento de inaptidão, faltas excessivas ao trabalho, má vontade em exercer suas atribuições, mau-humor constante, o que interfere no desempenho profissional. Para a autora, conforme relatório realizado pela Universidade de Brasília (UnB), esta Síndrome acomete, não somente os profissionais da área da Educação, mas também os profissionais de outras áreas, sobretudo, da área da Saúde.

Já Radünz (2001) aponta para o fato da ausência de “auto-cuidado” ou (des)cuidado por parte do próprio profissional de sua saúde, em todos os sentidos, ou seja, o profissional que cuida dos outros, não cuida de si próprio, “negligenciando”o seu próprio cuidado.

Este fato predispõe os trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem a patologias diversas, a problemas de ordem emocional, ao desgaste provocado pelo excesso de responsabilidade, de cobranças, de exigências e de extenuantes jornadas de trabalho, tão peculiar no âmbito da Enfermagem. Todos estes fatores podem ser considerados estressores, nos quais acredita-se que interfiram e contribuam na gênese da violência no processo de trabalho.

Ainda, há que se considerar aquilo que Ribeiro (1998) descreve como elementos interdependentes na gênese da violência institucionalizada: trabalhadores desmotivados (quanto ao seu papel profissional, limitações, pressões, cobranças), os quais retroalimentam aquilo que a autora denomina de contexto da precariedade, no qual estes mesmos trabalhadores e trabalhadoras também são vítimas da violência em virtude do contexto de organização do trabalho nas instituições hospitalares e, com tudo isto, estes trabalhadores (particularmente os trabalhadores de Enfermagem) acabam sendo agentes da violência através de inúmeras formas que serão descritas mais detalhadamente no capítulo de revisão de literatura.

Não há como ignorar as várias dimensões da violência. Só é possível cuidar de maneira adequada se cada um estiver consciente de suas percepções, e devidamente preparados.

Pessoalmente, durante a formação profissional, que ocorreu em uma das cidades consideradas das mais violentas do mundo: a cidade do Rio de Janeiro, chamou a atenção da autora deste estudo, a ocorrência de um fenômeno particular: a dimensão da violência na assistência de saúde aos seres humanos, no cotidiano das instituições de saúde, a banalidade, o descaso e, em particular, a dimensão da violência no cuidado de saúde e , especialmente, no processo trabalho/cuidado de Enfermagem .

O primeiro choque foi na emergência de um hospital público, ainda no primeiro semestre da graduação: desrespeito aos direitos do ser humano e de cidadania, um tratamento desumanizado, atendimento com total descaso, sem considerar, inclusive, a dor e o sofrimento humano. Esta trajetória de dimensão violenta do cuidado acompanhou esta autora ao longo de todo o curso. Percebeu-se em diversas situações a existência, assim como a dimensão revelada e, ao mesmo tempo, oculta da violência na assistência do cotidiano do processo de trabalho

em saúde. Por outro lado, os usuários dos serviços de saúde, fragilizados pelas condições de doença e de miséria humana (em todos os sentidos), dificilmente reagem, exceto em situações particulares.

Em 1998, a autora deste estudo iniciou o Curso de Especialização em Enfermagem na Saúde da Família, na Universidade Federal de Santa Catarina. Este curso representou um grande crescimento profissional e pessoal. Ficava cada vez mais perplexa porque a família fora tanto desconsiderada, deixando tantas lacunas na Enfermagem em termos de cuidado com famílias. Nesta trajetória, dentre diversas descobertas, constatou-se que a violência está implícita dentro das relações familiares

Só é possível cuidar de maneira adequada se cada trabalhador de Enfermagem estiver consciente de suas percepções. É possível a partir da compreensão da gênese do fenômeno da violência, e também partindo do conhecimento das percepções, significados e atitudes de cada trabalhador da equipe de Enfermagem, cuidar de maneira consciente, humanizada, menos violenta e cidadã.

Sendo assim, a proposta deste estudo foi a de proporcionar aos trabalhadores e às trabalhadoras da Enfermagem momentos de ação-reflexão, no sentido de compreender o fenômeno da violência, e, sobretudo, identificar as violências existentes no processo de trabalho/cuidado em Enfermagem. Desta maneira, acredita-se que estes trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem após refletirem poderão exercer um cuidado consciente, solidário e humanizado.

De acordo com as linhas de investigação e pesquisa aprovadas pela PEN/UFSC, este projeto de prática assistencial encontra-se articulado à linha de investigação e pesquisa de número 03 – *Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem*, pois relaciona-se a uma proposta de ação junto aos sujeitos trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem, tendo como foco de reflexão o seu próprio trabalho e o privilegiamento do tema da violência.

A oficina é compreendida como um ambiente destinado ao desenvolvimento de prática de trabalho, onde todos os participantes trocam idéias, compartilham saberes e experiências vividas, sendo desenvolvida em um ambiente de descontração, permitindo reflexões, enfim, é uma forma de reunir pessoas, de modo a estimular as mesmas a fazer questionamentos e com o objetivo de aprendizagem. Ou seja, a oficina permite uma prática educativa. Através de oficinas de dinâmicas de grupo, os trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem puderam compartilhar suas experiências e vivências, trocarem idéias e, sobretudo, compreenderem os

dois lados de serem agentes e receptores de violência no processo trabalho/cuidado em Enfermagem, além da refletirem sobre a prevenção do fenômeno da violência no cotidiano de trabalho de Enfermagem e de Saúde.

Como enfatiza Mello, “Na oficina, não se aprende só com a cabeça, só com o intelecto, a aprendizagem se faz também com o coração e o corpo. Saber, sentir e fazer” (Mello, p.01, sd.).

A prática educativa permitiu uma ação-reflexão da práxis cotidiana da Enfermagem, visando transformações na profissão e na sociedade. Acredito na relevância deste estudo por propor a construção de um novo olhar na formação dos profissionais de Enfermagem, na construção de uma sociedade mais digna, humana, cidadã e na edificação de um cotidiano menos violento para todos.

A temática proposta **O (dés)cuidado em Saúde: a violência visível e invisível no trabalho de Enfermagem** foi escolhida, não somente pela relevância do fenômeno da violência em si, mas também pelas dimensões ético-político-social do cotidiano violento inserido no processo de cuidado e de trabalho em Enfermagem.

## **2 OBJETIVOS**

As questões motivadoras, voltadas para um estudo investigativo, foram as seguintes:

- Existe violência no cuidado e no cotidiano de trabalho da Enfermagem?
- Em quais situações esta violência se apresenta e é reconhecida pelos trabalhadores de Enfermagem?
- Os trabalhadores de enfermagem se percebem tanto como possíveis agentes de violência quanto como vítimas de violência no seu trabalho?
- Quais as implicações ético-educativas do reconhecimento destas formas de violência para a profissão?

Estas questões geraram novos questionamentos e possibilidades de atuação para uma prática dirigida aos trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem, acreditando-se que a problematização de experiências e representações acerca da realidade podem contribuir para maior qualidade de seu trabalho e de suas vivências.

### **2.1 Objetivos:**

- Conhecer as formas de violência presentes no cuidado institucionalizado à saúde, a partir das percepções e experiências de trabalhadores de Enfermagem.
- Discutir sobre questões éticas e educativas que envolvem a violência no processo de trabalho de Enfermagem.

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 Porque utilizar o termo violência

Apesar da presente dissertação focar, especificamente, a questão da violência no processo de trabalho/cuidado em Enfermagem, é conveniente tecer algumas considerações, bem como trazer o enfoque apresentado por Azevedo e Guerra (2001) em relação à utilização incorreta e indiscriminada de terminologia na esfera da violência doméstica, dividindo a terminologia em campos semânticos e realizando uma reflexão acerca do significado (oficial) e o sentido (oculto) de cada termo:

**Disciplina-Castigo** – De acordo com as autoras, esta díade disciplina-castigo representa a mais antiga e a mais tradicional terminologia empregada em termos de educação infantil, mas que é considerada inadequada em razão de deixarem de fora as chamadas violências sexuais e por não explicitarem a gravidade das formas de disciplinamento e castigo;

**Maltrato/Maus-Tratos/Agressão** – Também considerado inadequado na medida em que a problemática é colocada em termos meramente morais (como se fosse uma questão de bondade ou maldade individual) e o termo agressão possui vários significados, podendo ser um termo psicológico, além de existir também uma inadequação no campo jurídico (trato bom ou mau), pois, **à luz do Direito não existe trato bom ou mau**. Apesar da inadequação, utiliza-se esta terminologia com grande frequência, tanto na literatura nacional como na literatura internacional.

**Abuso/Vitimização/Vitimização Doméstica (com sua qualificação Doméstica)** – podem constituir termos mais adequados na medida em que designam os dois pólos de

relações interpessoais de poder, ou seja, o **pólo adulto**, considerado mais forte (**Abuso**), e o **pólo infantil**, considerado o mais fraco (**Vitimização**). Ambos os termos indicam várias modalidades da violência.

**Violência e Violência Doméstica** – De acordo com as autoras, violência e violência doméstica “ [...] formam o campo semântico que melhor define o fenômeno, uma vez que **Violência** é compreendida como uma **relação assimétrica**(hierárquica) de poder com fins de dominação, exploração e opressão”(AZEVEDO e GUERRA, 2001, p.8).

Azevedo e Guerra utilizam, como explicação da utilização desta terminologia, a definição de **violência** de Chauí:

[...] A conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior [...] a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência (CHAUÍ apud AZEVEDO e GUERRA, 2001, p.8).

Considera-se que esta definição de violência é a mais abrangente e relevante na compreensão do fenômeno. Chauí ainda define a violência como a violação da integridade física e psíquica da dignidade humana de um ser humano. Convém destacar que a violência é construída socialmente e também socialmente é reproduzida.

Bonetti e Wiggers (1999) apontam como primeiro elemento capaz de contribuir para a compreensão da violência a sua constituição discursiva dentro de um contexto sócio-histórico específico, o qual fornece a ótica de que a violência pode ser um fator que ameaça o indivíduo e a sociedade e, portanto, que necessita ser combatido. Para estas autoras, o estudo da violência privilegia fatores tais como a criminalidade e a delinqüência, relacionados a pressupostos como “desestruturação” familiar e pobreza. Por esta razão, esse fenômeno considerado social pelas autoras, que se apresenta em diversas formas é tratado muitas vezes como sendo algo homogêneo, ou seja, de uma única maneira.

Prado (1998) diz que:

Falar de violência no mundo é discorrer sobre a história da humanidade. Em todas as épocas, a vida no mundo foi pautada por alguma forma de violência. Traduzida nos mais diferentes atos, revestida das mais diversificadas intenções, a violência sempre acompanhou o homem [...]. Entretanto, reconhecer que a violência sempre existiu e que aprendemos a conviver com ela, nos impõe um estado de resignada tolerância (PRADO, 1998, p.11).



Constata-se que a violência quase sempre esteve relacionada ao fator sobrevivência e sempre se fez presente em diversos momentos da História, desde os mais remotos tempos. Como enfatiza Odalia (1985), o viver em sociedade sempre se caracterizou como violento, desde o início da civilização.

Entretanto, o que deixa os seres humanos perplexos é a existência do “estado de resignada tolerância”, tal como Prado (1998) descreve: parece que não só se convive com a violência, mas se aceita a mesma como parte integrante do processo de viver.

Derivada do latim “*violentia*”, o termo violência, entretanto, é complexo e abrangente, podendo ser compreendido de diversas maneiras e apresentando vários significados. Laterman (2000) ressalta que o significado da violência tem variado não apenas em relação ao contexto a que se aplica, mas também com relação às normas morais, éticas e da própria história e da cultura da sociedade.

Stoppino (1996, p.1291) define “violência como a intervenção física de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo (ou também contra si mesmo). [...] Além disso, a intervenção física na qual a violência consiste, tem por finalidade destruir, ofender e coagir”.

Prado (1998) contribui com considerações, entre outras, na área jurídica acerca da violência, efetuando a distinção entre violência e violação. Enquanto, em termos jurídicos, a violência é o constrangimento físico ou moral, mediante uso da força ou coação, ou ainda, traduzida no Código Penal em crimes de constrangimento ilegal, crimes de dano, extorsão, de roubo, de tráfico de mulheres e contra os costumes, entre outros, a violação é entendida como:

“Toda ofensa do direito alheio; da infração da norma legal ou contratual. A violação contra a mulher, em direito penal, diz-se do estupro” (NEVES apud PRADO, 1998, p.28-29).

Arendt (1994) demonstra em seus estudos sobre a violência fenômenos como a tirania, o autoritarismo e o totalitarismo. A autora traça uma distinção entre poder, fortaleza, força, autoridade e violência, tudo isto a partir do Estado.

Já Maffesoli (apud (PENNA e PATRÍCIO, 1995)) trata a questão da violência como constituinte da sociedade, parte da ordem social, garantindo um movimento social de ordem. Para esse autor, a violência é tida como elemento estrutural do fato social, inscrevendo-se num duplo movimento de construção e de destruição.

### 3.2 Identificando as diferentes nuances e classificações acerca da violência:

A violência assume diferentes nuances em sua essência e também leva a diferentes interpretações. Como salienta Roux (apud PRADO, 1998, p.12): “A violência é polifacetada, multiexpressiva, exercida de muitas maneiras e se estende aos mais diversos cenários”.

A violência acontece diariamente, ronda as esquinas, entrando pelas portas (sem pedir licença, é claro!), atravessa corredores, percorre todas as dependências e setores, salas, gabinetes, consultórios, enfermarias, até mesmo nos expurgos, sótãos e porões do cotidiano, “parece que ela (a violência) nos espera em cada esquina!”, falou uma pessoa.

A violência tornou-se uma das marcas registradas da sociedade contemporânea. Tem-se a impressão de que vivemos um cotidiano violento em todas as partes e em todas as categorias sociais. O impacto da violência tem sido tamanho, a ponto de deixar todos perplexos, levando a sociedade a refletir e buscar soluções na tentativa de minimizar suas conseqüências.

Existem classificações diferenciadas em relação ao tipo de violência exercida, que variam de acordo com diversos autores e também de acordo com o contexto social. Prado (1997, p.07) salienta que diversas disciplinas como a Sociologia, o Direito, a Antropologia, a Psicologia, entre outras, estudam e discutem a violência, suas diferentes formas, natureza, impacto e causas.

Odalía (1985) abrange diferentes formas de violência exercida sobre os seres humanos, em geral. Fala da violência institucionalizada, da violência social, da violência política e da violência revolucionária.

O autor afirma que toda violência é social mas cita como exemplos de violência social, a violência no trânsito, a violência ambiental (poluição, uso indiscriminado de agrotóxicos, adubos químicos, etc.) e a marginalidade.

Quanto à violência política, Odalía faz referência que este tipo de violência não compreende apenas a ação terrorista, de direita ou de esquerda, mas assume diversas formas como a de assassinato político, a invasão de determinado país por outro, o desaparecimento de dissidentes, fraudes eleitorais, leis que impedem a formação de organizações sindicais.

O Ministério da Saúde (2002) afirma que as estatísticas estão longe de revelar a verdadeira face da violência no seus mais variados tipos classificados como **interpessoal**,

**institucional e formalmente organizada.** Ainda, ressalta que as estatísticas revelam também que não existe uma correlação direta entre a pobreza e violência, derrubando os falsos mitos de que pobreza gera violência e de quem pratica violência é o pobre.

Maffesoli (1987) aponta para três formas de violência que aparecem em nossa sociedade: a violência dos poderes constituídos, ou seja, a violência do próprio Estado, monopolizada por uma estrutura dominante (Estado, partido, organização criminosa ou terrorista); a violência anônima, que é aquela dos próprios dissidentes, implicando na destruição do que já está imposto e a construção do que ainda não está dado. E, finalmente, a violência banal que representa a resistência cotidiana às imposições determinadas pelo controle social.

Resgatando Prado (1998), a autora demonstra que a violência pode assumir diferentes formas e constituir-se em tal, dependendo da situação específica, nem sempre a violência é evidenciada e, muito menos, seu agente é identificado, inconsciente ou não, implícita ou explícita, intencional ou não.

Existem diversas classificações acerca da violência, variando conforme autor e contexto. Prado (1997), por exemplo, classifica a violência em:

- **Violência acidental** – ato de violência cometido, sem a existência de intencionalidade.
- **Violência intencional** – ato de violência com intencionalidade, ou seja, o desejo (expresso ou não) de prejudicar alguém.
- **Violência ativa/direta** – quando o agressor provoca diretamente danos à vítima, ou seja, participa diretamente do ato violento. A autora cita como exemplos os homicídios e as ocorrências de trânsito.
- **Violência passiva** – ocorre quando existe omissão, ou seja, o ato violento é cometido, sendo observado pelo agressor, que age fazendo de conta que não presenciou nada, ignora, nada faz para impedi-lo. Exemplos deste tipo de violência são as omissões de socorro nos acidentes (de várias naturezas) , as mortes de seres humanos nas filas de espera de atendimento nos serviços de saúde, os acidentes de trabalho ocasionados pela falta de dispositivos de segurança.
- **Violência indireta** – quando determinado ato violento provoca dano ou agravo a outra pessoa, a qual o agressor não a conhece, ocorrendo um espaço temporal entre a agressão e as

suas conseqüências. Um exemplo é a agressão à natureza, já que as conseqüências terão repercussões futuras para as gerações vindouras.

▪ **Violência simbólica** – não existe emprego de força física; é a utilização de forças de coação e medo, as chantagens e torturas psicológicas (equivale à classificação de violência psicológica); também pode ser praticada através de atos em que não se percebe a violência exercida, como a separação criança/mãe no momento da internação em instituição hospitalar, privando a criança da presença da mãe. É preciso ressaltar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) assegura o direito da permanência dos pais ou responsáveis durante o período de hospitalização e que o descumprimento deste direito significa transgressão do Estatuto, desrespeitando os direitos da criança em si e da criança hospitalizada, além de constituir uma forma de violência simbólica. Outro exemplo trazido pela autora é submeter um indivíduo à exposição de seu corpo durante a prestação de cuidados, sem resguardar a sua privacidade e sem respeitar seus valores culturais e religiosos, também é uma forma de violência simbólica.

▪ **Violência branca** – Também denominada por Prado como **escamoteada**, representa a violência com a qual já se habituou a conviver com a mesma: crianças fora da escola, desigualdades sociais, desrespeito aos direitos dos cidadãos.

Minayo (apud PRADO, 1997, p. 20 e 21), estudando o fenômeno da violência, identificou diferentes abordagens teóricas para sua análise e efetuou a seguinte classificação:

▪ **Biologicista e psicologicista** – estas abordagens defendem a idéia de que o ser humano possui agressividade instintiva; inclui-se aqui as teorias etológicas clássicas; problema de conduta individual; determinação do individual sobre o social.

▪ **Estrutural-funcionalista** ou chamada de violência da transição – os processos de mudança social (industrialização, urbanização) são considerados determinantes da violência. Os bolsões de pobreza, a desorganização social e a migração seriam o foco gerador e explicativo da criminalidade nas grandes cidades.

▪ **Violência da sobrevivência** – violência compreendida como estratégia de sobrevivência nas chamadas camadas populares. As desigualdades sociais reforçariam as manifestações de violência, sendo as razões econômicas compreendidas como o grande fator causal.

▪ **Violência por omissão** – a falta de autoridade do Estado, associado ao poder repressivo e dissuasivo dos aparatos jurídicos e policiais são fatores contribuintes para a delinqüência, bem como a conduta patológica dos indivíduos.

▪ **Violência como rede** – processo social que se realiza em cadeia e especificamente; não existe sociedade sem violência; violência é uma construção histórica, sendo expressão essencialmente humana, universal e específica nas variadas formas de organização social. Para sua compreensão, faz-se necessário conhecer a estrutura sócio-histórica e cultural da sociedade na qual se realiza.

Citando Odalia (1985, p.09), a violência:

[...] parece tão entranhada em nosso dia-a-dia que pensar e agir em função dela deixou de ser um ato circunstancial, para se transformar numa forma do modo de ver e de viver o mundo do homem. Especialmente, do homem que vive nas grandes cidades – esses grandes aglomerados humanos que se tornam o caldo de cultura de todos os tipos de violência.

Odalia ainda assinala para o fato de que quando se fala ou se preocupa com a violência, a primeira imagem, sua face mais sensível e imediata é aquela que se exprime pela agressão, agressão física que atinge diretamente o ser humano, tanto naquilo que possui, seu corpo, seus bens, quanto naquilo que mais ama, seus amigos, sua família e também propicia a conotação histórica da violência desde a sociedade primitiva. Aqui, o autor confirma que desde o início, ao violência permeou o processo de viver:

[...] O viver em sociedade foi sempre um viver violento. Por mais que recuemos no tempo, a violência está sempre presente, ela sempre aparece em suas várias faces (ODALIA, 1985, p.13)..

Dadoun (apud Pereira, Santana e Ferriani 2001, p. 95), resgata que

o percurso da violência segue o ciclo normal da vida, do nascimento à morte, destacando etapas como infância e adolescência. Já no Gênese, a vergonha da nudez e o pecado original fazem com que o parto seja marcado pelo sofrimento; a árvore do conhecimento tem o fruto proibido; o trabalho é o castigo. Assim, a sexualidade, o trabalho e a racionalidade identificavam-se com pecado, maldição, interdição, transgressão – evidenciando um eixo de violência. A alteridade e a identidade representam um outro aspecto a ser evidenciado, visto que, normalmente, a violência é percebida como resposta a outra violência. Assim, como diz o autor: “a culpa é do outro” e a vida cotidiana apresenta variadas pequenas alteridades violentas, no qual o “eu” sente-se totalmente atacado e vitimado. Para dar coerência, constrói-se a identidade pessoal, retirando-se o lado violento que cada um traz em si e identificando o outro como o detentor da violência.

Convém ressaltar que existem diversas definições e óticas a respeito da violência, como pode-se verificar ao longo da revisão de literatura.

Para alguns estudiosos sobre a violência, esta constitui-se num fenômeno complexo, polissêmico e controverso, com representações diversas, através de ações humanas de indivíduos, grupos, classes, países. Para a socióloga e pesquisadora na área de violência, Minayo, o conceito de violência pode se entendido tanto como limitante dos direitos como também pode ser entendido como um grito de expressão dos oprimidos. Ainda, Minayo et al (1999, p.14) declara:

[...] não há um fato denominado violência, e sim, violências, como expressões de manifestações da exacerbação de conflitos sociais cujas especificidades necessitam ser conhecidas [...] as violências enraizam-se nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, ocorrendo numa relação dinâmica entre condições dadas e subjetividade.

Carvalho Figueiredo (2000) realiza uma primeira aproximação com o termo **violência**, utilizando a definição de um dicionário da língua portuguesa, de autoria de Ferreira: “violência- qualidade de violento, ato violento, ato de violentar; constrangimento físico ou moral, uso de força, coação” (Ferreira, 1986, p.1779).

Figueiredo (1996), em sua dissertação de mestrado na área de Sociologia Política intitulada “O avesso da violência: o movimento nacional de meninos e meninas de rua e a luta pela cidadania para crianças e adolescentes no Brasil”, oferece valiosa contribuição ao estudo da violência, ao abordar a definição de violência descrita por Galtung (1990, p.333), cientista preocupado com questões ligadas à violência e à paz em nível internacional, salienta que “a violência está presente quando seres humanos são influenciados de tal modo que a sua realização atual, somática e mental é inferior a sua realização potencial”

Ainda, Figueiredo (1996, p.13), explica o conceito apresentado por Galtung:

[...] em outras palavras, existe violência quando, em função de ações ou omissões, seres humanos são impedidos de realizarem-se plenamente, de acordo com o padrão societário e com as possibilidades(ou potencialidades) do período histórico em questão: quando há (potencialmente) os meios para essa realização mas, por uma diversidade de fatores esse potencial não se efetiva .

Novamente, Figueiredo traz as seis dimensões fundamentais de violência estabelecidas por Galtung:

1. Violência física e psicológica; 2. violência negativa e positiva; 3. violência com ou sem objeto ferido; 4. violência pessoal (com um sujeito explícito) e violência estrutural (sem um sujeito que a pratica); 5. violência intencional e não-intencional; 6. violência manifesta e violência latente.

Sorel (apud Figueiredo, 1996), considerado uma das maiores autoridades sobre o assunto, realiza uma abordagem da questão da violência enquanto expressão de luta de classes, ou seja, a violência de empregados contra patrões, a chamada “violência das greves”, a violência do proletariado.

Foucault (apud PEREIRA; SANTANA; FERRIANI, 2001) coloca que existem três tipos de lutas sociais que podem se apresentar de maneira isolada mas que se interrelacionadas, apresentam prevalência de uma sobre a outra. Uma delas é a luta contra as formas de dominação, sejam étnicas, religiosas ou sociais; outra forma é a luta contra as diversas formas de exploração econômica que fazem, não apenas com que os seres humanos se separem, mas também não usufruam do que produzem; finalmente, a terceira forma de luta é aquela contra o sujeito contra o que o submete aos outros, a sujeição e a submissão.

Há autores que afirmam que a violência é uma questão de gênero, ou seja, predominantemente masculina, como enfatiza o psicoterapeuta Nolasco (2001) O autor frisa que a violência não tem raça, cor, idade ou classe social, mas que possui sexo, sendo que os homens são causa e consequência: matam e morrem mais. Dados estatísticos do Instituto Brasileiro (IBGE), do Instituto de Estudos da Religião (ISER) e ,até mesmo, dados internacionais levantados pela Organização das Nações Unidas (ONU), os quais também foram levantados e interpretados por Nolasco levam a uma constatação verdadeira: a associação da violência à virilidade e masculinidade, ou seja, ser violento é sinônimo de ser macho, prova de virilidade, o que comprovaria que os homens são os principais agentes da violência em suas diferentes formas, de acordo com aquele estudo.

Boulding (apud PEREIRA; SANTANA; FERRIANI, 2001), elaborou outro sistema de classificação da violência, que pode ser traduzida como:

▪ **Violência estrutural** – aquela advinda da conduta política do Estado e de seus governantes, privilegiando determinados grupos, provocando desigualdades e, conseqüentemente, produzindo a exclusão. Infelizmente, em nosso país, temos inúmeros exemplos, como é o caso de determinados grupos que recebem salários não compatíveis com suas funções: tem aqueles indivíduos que recebem uma quantia considerada muito elevada e

nada fazem, nem comparecem ao trabalho; por outro lado, temos aqueles indivíduos que exercem funções consideradas de risco e de carga horária elevada, porém, seus salários são irrisórios.

▪ **Violência cultural** - São inseridas na cultura de determinados povos e expressas nas mais diversas formas como o racismo, o preconceito, o machismo, preconceitos religiosos, dominação religiosa. Está se vivenciando nos dias atuais o fanatismo religioso no Oriente Médio, onde se “mata em nome de Alá”. Também a violência praticada contra as mulheres – manifestadas em diferentes situações como insultos do tipo: “burra”, “louca”, “frígida”, estúpida”, violência sexual, estupro, assédio sexual, humilhações, ameaças, proibições (trabalhar fora, por exemplo), cerceamento da liberdade da mulher por parte de pai e/ou companheiro/cônjuge representam formas explícitas de violência de gênero.

▪ **Violência de resistência** – São manifestadas através dos grupos considerados oprimidos e subjugados pela sociedade como é o caso de grupos de homossexuais, negros e negras, sem-terra, etc.

▪ **Violência de delinquência** – Expressa nas formas visíveis e perceptíveis pelo senso comum, através de crimes contra o patrimônio, assaltos, roubos, estelionatos, etc.

Como muito bem coloca Laterman (2000, p.13), as atitudes e atos considerados violentos não se restringem apenas aos conflitos étnicos, políticos, raciais, religiosos, nem se limitam aos abusos de poder, ao autoritarismo dos governos, torturas militares, entretanto estas atitudes e atos se caracterizam como violentos através da negação e/ou violação dos direitos humanos, do racismo, das discriminações diversas (de gênero, de opção sexual), privação/ cerceamento da liberdade de expressão (censura), intolerância entre os seres humanos nas relações familiares e pessoais, contra crianças, mulheres e idosos, e exclusão social, dentre outras.

Ainda, convém ressaltar que existem outras classificações de violência, dependendo do seu contexto social:

### ***3.2.1 Violência doméstica***

A violência doméstica é aquela que ocorre dentro dos lares, preferencialmente no âmbito familiar, onde a relação de poder, hierarquia e autoridade entre adultos e/ou responsáveis, e crianças e/ou adolescentes são marcantes. Representa um abuso do poder



disciplinar, utilizando-se da coerção, da força, por parte de pais e/ou responsáveis. É a forma de violência que mais se evidencia nas estatísticas dos Conselhos Tutelares e das delegacias no Brasil, mas ainda assim, o medo da denúncia e a lei do silêncio permanecem, fazendo novas vítimas e rescindindo antigas vítimas.

Em relação à violência em geral, o fato mais impressionante observado é que é no seio da família onde o fenômeno ocorre, em proporções alarmantes, a **violência doméstica**. Dentro do ramo da **violência doméstica**, será abordada a seguir a forma de violência mais comum e extremamente alarmante que é a **violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes**, que vem despertando a atenção da comunidade internacional e de pesquisadores.

#### **a) A Violência Doméstica contra crianças e adolescentes:**

Representa um capítulo especial no contexto da violência doméstica, pois, crianças e adolescentes são as principais vítimas.

Azevedo e Guerra (2001) definem a violência doméstica contra crianças e/ou adolescentes como

[...] todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que as crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (AZEVEDO e GUERRA, 2001, p.12).

As autoras enfatizam que a violência exercida contra crianças e adolescentes, de um lado, implica numa transgressão do poder/ dever de proteção do adulto e, do outro lado, a negação do direito que as crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento.

Através da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, foi criado no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual visa a proteção integral de crianças e de adolescentes. Para efeitos legais, a Lei considera como criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos, podendo ainda ser aplicada em casos expressos em lei até os 21 anos de idade. Com onze anos de existência, o Estatuto trouxe contribuições importantes no tocante à garantia dos direitos de crianças e adolescentes, porém, não modificou a realidade do quadro de violência praticada contra estes seres humanos. As crianças e adolescentes do Brasil e de diversos países do planeta continuam

sendo vítimas implacáveis da violência cotidiana, sem dó e sem piedade e as estatísticas não retratam o real panorama da situação. Existem identificadas quatro principais modalidades de violência doméstica: a violência física, a violência psicológica, a violência sexual e a negligência.

**b) Violência doméstica física ou violência física doméstica:**

A violência física é diferenciada em violência física doméstica não fatal e a violência física doméstica fatal.

A violência física praticada contra crianças e adolescentes é definida por Deslandes (1994) como qualquer ação única ou repetida, não acidental (ou intencional), perpetrada por um agente agressor adulto ou mais velho, que provoque dano físico à criança ou adolescente, este dano causado pelo ato abusivo pode variar de lesão leve a conseqüências extremas como a morte.

Gelles (apud Azevedo, Guerra et al 2001, p.22) acrescenta:

[...] Violência física é considerada como um ato executado com intenção, ou intenção percebida de causar dano físico a outra pessoa. **O dano físico pode ir desde a imposição de uma leve dor, passando por um tapa até o assassinato.** A motivação para este ato pode ir desde uma preocupação com a segurança da criança (quando ela é espancada por ter ido para a rua) até uma hostilidade tão intensa que a morte da criança é desejada.

Azevedo, Guerra et al (2001, p.02)<sup>9</sup> frisam que:

[...] no plano internacional, o conceito de **violência física** tem passado por algumas transformações, especialmente ao longo destes últimos trinta anos. Em 1962, os Drs. Kempe e Silverman, em seu trabalho clássico, nos Estados Unidos, batizaram este fenômeno com o nome **Síndrome da Criança Espancada**. Esta síndrome se refere usualmente a crianças de baixa idade que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras, etc., ocorridas em épocas diversas, bem como em diferentes etapas, e sempre inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais. O diagnóstico tem que se basear em evidências radiológicas dos repetidos ferimentos.

Já Fontana (apud AZEVEDO; GUERRA, 2001) propôs uma definição mais ampliada do conceito de Kempe, definindo a violência física contra crianças e adolescentes como a síndrome do maltrato na qual a criança pode se apresentar sem os sinais óbvios de ter sido espancada, mas com evidências múltiplas e menores de privação emocional, às vezes nutricional, negligência e abuso. A criança espancada é a última fase do espectro da síndrome do maltrato” (AZEVEDO; GUERRA et al., 2001, p.21).

Entre crianças e adolescentes é praticada comumente, uma vez que o disciplinamento corporal tornou-se uma prática “legitimada” desde os primórdios da História. Conforme Azevedo e Guerra (2001), sempre existiu aquilo que estas autoras denominam de ***Pedagogia da palmada***.

A Lei diz que basta suspeitar - e não confirmar, pois, a confirmação é de responsabilidade jurídica e não do profissional da Enfermagem e/ou da Saúde - de algum caso de violência (em qualquer forma) para acionar órgãos competentes: são eles que tem a competência e obrigação para averiguar se é ou não é violência – por exemplo, numa suspeita de violência física praticada contra uma criança, o profissional pode (e deve) acionar o Conselho Tutelar local: é o Conselho Tutelar que fará a averiguação do caso.

No caso particular dos profissionais da Enfermagem, o artigo de número 52 do capítulo V – **Proibições**, diz que é proibido a este profissional “ [...] Provocar, cooperar ou ser conivente com maus tratos” (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução COFEN número 240, de 30 de agosto de 2000). Ou seja, quem não denuncia uma suspeita de violência, está, além de sendo conivente com esta situação, infringindo também a legislação e, o que é mais grave, a ética. A sugestão que poderia ser feita aqui aos Conselhos Estadual e Federal de Enfermagem é a modificação ou substituição da palavra *maus tratos* pela palavra *violência*, que é muito mais abrangente, pois, perante à ciência do Direito, não existe trato bom ou mau.

Convém frisar que além da Educação, Enfermagem, Saúde e Jurídica, outras áreas estão despertando para a abordagem da temática da violência, tais como a Filosofia - que encara a violência como fenômeno a ser compreendido e assimilado -, a Antropologia, a Sociologia - particularmente no âmbito da Sociologia Política, onde observa-se crescente produção científica de teses e dissertações acerca da violência - , a Psicologia, o Serviço Social, entre outras esferas.

### **c) Violência física doméstica não fatal:**

É aquela violência física que provoca (ou não seqüelas) de qualquer natureza, sem, contudo provocar a morte da vítima, podendo, entretanto, haver a intenção do agressor em desejar a morte da mesma e até praticar este tipo de violência com intenção de matá-la.

Causa espanto em nosso meio a omissão de determinados profissionais da área jurídica, que sequer sabem reconhecer e distinguir violência de “acidente”: muitas vezes estes “acidentes” culminam com seqüelas graves ou mesmo a morte da vítima.

**d) Violência física doméstica fatal:**

Representa uma das grandes tragédias do cenário da violência física doméstica. A violência física doméstica fatal é aquela que culmina com a morte da vítima em consequência da violência física exercida pelo agressor. O agressor, muitas vezes afirma perante a Justiça que não a praticou com intenção de matar, porém, comprova-se que o contrário é a verdade: quase todos os agressores desejam e praticam esta forma de violência com intenções de assassinato. A imprensa escrita e falada, infelizmente, está repleta de casos verídicos.

Azevedo e Guerra (2001) afirmam que, embora este fato seja relativamente incomum, o seu índice tem subido regularmente desde 1987, conforme os dados apresentados pelos Serviços de Proteção à Infância. Outro fato é que cerca de 46% das crianças que faleceram entre 1993 e 1995, já tinham seus casos notificados anteriormente aos Serviços de Proteção à Infância, o que demonstra a incapacidade destes mesmos Serviços de impedir que tais eventos ocorram; assim, além das estatísticas não corresponderem à realidade em vários estados brasileiros, verifica-se a impunidade dos agressores.

**d) A Violência doméstica: implicações para os profissionais de Enfermagem e para a equipe de Saúde:**

Em relação aos serviços de Saúde, os casos de violência doméstica, particularmente as situações de violência física (não fatal e fatal) e de violência sexual surgem com frequência e implicam para a Enfermagem e demais profissionais da equipe de Saúde aquilo que pode ser definido como um cuidado humanizado, tanto à(s) vítima(s) – quase sempre crianças, adolescentes e mulheres - como também aos seus familiares .

Convém ressaltar que os principais agressores nos casos de violência doméstica estão dentro do lar, sendo a grande maioria destes agressores são integrantes da família da(s) vítima(s) e nem sempre os familiares da(s) vítima(s) recebem assistência necessária e/ou adequada. A omissão, tanto por parte dos profissionais da Enfermagem como de qualquer membro da equipe de Saúde, representa, na verdade, um (des)cuidado (será tratado no item 3.3, e se enquadra na classificação proposta por Prado (1998) como sendo uma forma de **violência passiva**, em que o(s) profissional(ais) age(m) fazendo de conta que nada ocorreu,

não denunciando as suspeitas e podendo contribuir de forma indireta para que aquela situação particular de violência se repita e até mesmo tornar-se em situação de violência doméstica fatal, culminado com o óbito da(s) vítima(s).

### ***3.2.2 Violência psicológica***

A violência psicológica é uma das formas mais perigosas e praticadas em larga escala. É construída aos poucos assim como as suas conseqüências.

Em crianças e adolescentes, argumentações como “*pedagógico-educacionais*”, frases estereotipadas do tipo “é para o seu bem” ou “eu sei aquilo que é melhor para você”, são fatos cotidianos em que não existe nenhuma intervenção e que geralmente acontecem no ambiente intrafamiliar, onde não existe intromissão (a menos que a família permita). Pode estar caracterizada pela utilização de insultos como “burro(a)”, “idiota”, etc., e envolve constantemente humilhações.

Literalmente falando, os danos da violência psicológica não são vistos na pele da vítima, porém, suas conseqüências desastrosas são perceptíveis a curto e longo prazo.

A violência psicológica também pode ser enquadrada como uma forma de violência doméstica, de acordo com Azevedo e Guerra (2001), porém, pode ocorrer em outros contextos, como no caso peculiar da assistência de Saúde e de Enfermagem, nas formas de chantagens, ameaças - particularmente freqüentes no cotidiano da assistência de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente.

Há um exemplo clássico abaixo, em duas situações que, embora parecidas, possui a mesma vertente da violência psicológica ou aquilo que Prado (1998) classificou como violência simbólica :

**Cenário:** Enfermaria Pediátrica.

**Atores:** Ser humano criança – cliente hospitalizado; familiar – mãe, pai, avó, etc. (desde 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente assegura o direito de permanência de familiar acompanhando crianças e/ou adolescentes hospitalizados); Equipe de Enfermagem (Enfermeira, Técnica e/ou Auxiliar de Enfermagem)

**Cena 01:**

A criança recusa-se a fazer determinada ação – comer, por exemplo, ou tomar determinado medicamento via oral. Depois de um certo “cansaço” tentando convencer o pequeno cliente [...]

*Cliente criança:* “-Não quero comer” ou “Não vou tomar este remédio ruim”!

*Mãe:* “Ah, é? Vou pedir para aquela “tia” ali (referindo-se ao profissional da equipe de Enfermagem) ou para a “Enfermeira” te dar uma injeção!”

**Cena 02:**

*Cliente criança:* “-Não quero comer” ou “Não vou tomar este remédio ruim”!

*alguém da Equipe de Enfermagem (Enfermeira, Técnica ou Auxiliar de Enfermagem):* “Então vou ter que te aplicar uma injeção”!

Estas duas situações eram corriqueiras no cotidiano da saúde da Criança (onde a autora deste estudo iniciou a trajetória profissional); em relação aos trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem, felizmente, este quadro vem se revertendo, não só pela educação do profissional, mas também pela aplicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Já em relação aos pais, o profissional da equipe de Enfermagem tem papel chave para conscientizar os mesmos de que a ameaça através da realização de procedimentos dolorosos não é um caminho considerado apropriado em relação à recusa por parte de um ser criança.

A violência psicológica é descrita por Deslandes (1994) como a interferência negativa do agressor sobre a competência social da vítima, produzindo degradação psicológica através do não reconhecimento do valor, nem da legitimidade de suas necessidades, através da humilhação verbal, contínuas ameaças de abandono, ameaça de agressão física e chantagem econômica e , ainda, a reclusão no lar.

Já Gil (apud AZEVEDO; GUERRA, 2001), define a violência psicológica como sendo a atitude constante do adulto (ou de pessoa mais velha) em relação à criança, de forma a depreciá-la, bloqueá-la em seus esforços de auto-aceitação, interferindo de maneira negativa, de modo a causar-lhe sofrimento mental. Esta atitude pode ser expressa através de ação ou de omissão.

Dentre as diversas formas de violência psicológica, identificam-se as mais comuns: humilhação (pública ou privada), exposição indevida da imagem da criança/adolescente, tortura psicológica, ausência de limites, corromper (ao crime, à prostituição e ao uso de drogas), isolamento, negligência afetiva e a produção de expectativas irreais ou extremadas exigências em relação ao rendimento escolar, rendimento afetivo, rendimento intelectual e/ou esportivo. Quem assistiu ao filme “*Shine, o brilhante*”, pode observar a violência psicológica praticada pelos pais do protagonista, um pianista: a mãe, praticava a violência psicológica contra seu filho através da indiferença e desprezo; já o pai, produzia expectativas irreais e exigências extremadas, de modo a tornar seu filho um *virtuose*, ou seja, um pianista prodígio. E ainda existia a questão da violência cultural, por ser a família do protagonista judia.

A psicóloga sueca Godani (2001) afirma que a violência psicológica, no fundo, é definida como a utilização de mecanismos psicológicos primitivos de defesa – projeção, negação e divisão – dentro da família, grupo e/ou sociedade.

Godani aponta para a existência de três formas predominantes de vitimização psicológica em crianças e adolescentes: aquelas vítimas de violência e exploração sexual, as crianças e adolescentes em luto e as crianças e adolescentes traumatizados pelas guerras civis – número este que vem crescendo em dimensões nunca vistas. Esta autora também alerta para o fato de que o silêncio é uma das características evidentes nas vítimas de violência psicológica e que a forma de violência psicológica mais forte praticada contra crianças e/ou adolescentes é a perda do amor por parte de seus pais, principalmente por parte da mãe.

Também a autora realizou levantamento de uma outra dimensão da violência psicológica: crianças e/ou adolescentes que apresentam comportamentos agressivos, os quais costumam inventar e contar muitas histórias, temendo serem castigadas. Algumas crianças e adolescentes enquadrados neste caso já cometeram homicídios contra outras crianças e/ou adolescentes.

Ainda, Godani levantou uma outra situação considerada dramática em termos de violência mundial: crianças e adolescentes estão ingressando, em números cada vez mais surpreendentes, nas chamadas “forças de frente”, comum nos países do Oriente Médio em situações de conflitos político-religiosos, muitas delas tornando-se uma espécie de líder como forma, não apenas de impor respeito, mas de receber aquilo que jamais receberam em seus lares: atenção e afeto.

Existe também a violência psicológica do exercício do poder, da autoridade e da dominação, reforçando aquilo que já foi citado por Chauí, a anulação do indivíduo, o desrespeito aos seus valores, crenças, pensamentos. Este tipo de violência é exercido até mesmo pelo Estado – a História é rica em exemplos e nos dias atuais ainda encontramos demonstrações evidentes de dominação abusiva por parte do próprio Estado.

### ***3.2.3 A ótica da violência do trabalho infantil:***

Dentro do contexto da violência praticada contra crianças e adolescentes, existe uma forma de violência que não é encarada como violência propriamente dita, tanto por parte dos pais - que em grande maioria são coniventes com esta prática – como da parte da própria sociedade, que muitas vezes acredita que esta prática pode manter crianças e adolescentes afastados da criminalidade: a **violência do trabalho infantil**.

Schwartzman (1999) elaborou estudo no qual analisa as condições do trabalho infantil no Brasil, no período compreendido entre 1992 e 1998. O autor inicia com a colocação de que no Brasil, o trabalho infantil sempre foi tratado como solução para amenizar os efeitos e conseqüências da pobreza, bem como da exclusão social e que, culturalmente falando, a sociedade brasileira sempre acatou como ideal o fato de ensinar o quanto antes uma profissão a estas crianças e jovens provenientes de camadas sociais menos favorecidas, de forma a aumentar a renda familiar e de mantê-las afastadas da criminalidade. Entretanto, esta forma implícita de violência tornou-se grave problema social.

Ainda, o autor acima citado, concluiu que cerca de 25 mil crianças a partir de 5 anos de idade trabalham, sendo que este trabalho concentra-se nas chamadas regiões agrícolas. Há um outro problema, não abordado pelo autor, mas constatado não somente em minha prática profissional como também através da imprensa escrita e falada. São a exploração com extenuantes jornadas de trabalho e as graves lesões (muitas vezes culminando em amputações traumáticas) decorrentes da falta de segurança.

### ***3.2.4 A dimensão da violência e juventude:***

Assis (1999); Laterman (2000), com diferentes enfoques, despertam a atenção para o âmbito da **violência e juventude**. Os jovens de todos os estratos sociais têm sido



protagonistas de atos de violência, tanto no que se refere ao ser sujeito da violência exercida em cima do próximo, como ser sujeito de violência exercida por outrem: os jovens pobres que são considerados, muitas vezes injustamente, como perigosos ou bandidos em potencial.

Assis (1999) aborda a problemática **violência praticada pelos jovens**, problema grave para a sociedade brasileira e crescente nos grandes centros urbanos. A autora realizou pesquisa nos municípios de Recife e Rio de Janeiro sobre a vida destes jovens infratores e de seus irmãos não-infratores, no sentido de compreender melhor a gênese da violência praticada pelos adolescentes, o que os leva a praticar opções consideradas destrutivas. A autora utilizou o termo *atos infracionais*, termo este utilizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, e também prevista no Código Penal (1983) brasileiro, para designar os delitos cometidos pelos adolescentes. O adolescente infrator passou a ser julgado pelas infrações previstas no Código Penal, recebendo medida socioeducativa de acordo com a gravidade do ato e de acordo com suas condições de cumpri-la, com direito de defesa.

Laterman (2000) faz uma abordagem sobre a questão da **violência nas escolas**, focalizando as indisciplinas, incivildades e as violências. O clima nas escolas é percebido, tanto por alunos como por professores, mais caótico do que violento. Esta autora verifica o exercício da violência através de depredações dos estabelecimentos de ensino (muitas executadas sob a forma de vandalismo), a falta de polidez ou incivildade, as medidas punitivas e disciplinares exercidas pelos estabelecimentos de ensino e aquilo que a autora denomina Síndrome de Burnout ou “mal-estar docente”, caracterizada pelo modo de tratamento de professor/ aluno(a), falta de comprometimento, sentimento de inaptidão em realizar seu compromisso com a educação, faltas excessivas e mau-humor. Laterman afirma que esta Síndrome, de acordo com relatório realizado pela Universidade de Brasília, acomete não somente os profissionais da área da Educação, mas também os profissionais da área da Saúde.

### **3.2.5 Violência sexual:**

A violência sexual consiste em envolvimento de crianças e adolescentes em atividades sexuais, sem compreender, para as quais não está preparada ou não deu consentimento. As atividades de caráter sexual compreendem todos os tipos de toques inapropriados ou inadequados, beijos de língua, beijos e manipulação dos genitais, carícias nos seios, ligações

telefônicas obscenas, imagens pornográficas, ereção ao sentar uma criança e/ou adolescente no colo, voyeurismo, exibicionismo, felação, masturbação (mesmo que não envolvam os órgãos genitais da criança e/ou adolescente). Ainda, podem incluir contato genital, genital oral ou anal e outras formas, como incesto, prostituição infanto-juvenil e uso da criança e/ou adolescente para fins de produção pornográfica ou rede de pedofilia. Estes atos, por serem invasivos e perturbadores, constituem-se em experiências extrapoladoras, que agredem e desrespeitam crianças e adolescentes, constituindo em violação de seus direitos, de seus limites, de sua liberdade e de sua dignidade, muitas vezes perpetrados por alguém em quem a criança e/ou adolescente confia.

Já o estupro se caracteriza pela relação sexual forçada, imposta à mulher, ao adolescente ou à criança, pela força ou coação, sem que ela possa defender-se. Representa uma das formas mais traumáticas de violência pelas seqüelas físicas, psico-emocionais e sociais que ela traz. As mulheres são as maiores vítimas, juntamente com as adolescentes entre 12 e 18 anos. Quando o estupro é cometido pelo pai, padrasto, pai adotivo, tutor, pessoas em quem a vítima confia e de quem, em princípio, não espera uma tal brutalidade, o estupro torna-se ainda mais traumático, e a legislação prevê uma pena pouco maior para estes casos. Se a vítima é menor de 14 anos e/ou é portadora de doença mental, o estupro se caracteriza pela simples conjunção carnal, sem que haja utilização de violência.

Destaca-se a contribuição de Schmickler (2001), que adverte para um gravíssimo problema na esfera da violência sexual: o abuso sexual intrafamiliar contra crianças, ou abuso sexual incestuoso, mais conhecido como incesto. O abuso sexual intrafamiliar ou incestuosos possui uma característica que o distingue de outros tipos de delito: não costuma ter testemunhas (tal qual um crime perfeito), agressor e vítima costumam ser as únicas testemunhas e os familiares, quando estão presentes, ou estão diretamente envolvidos, ou são consciente ou inconscientemente cúmplices desta violência.

. O incesto é descrito como sendo:

Uma relação sexual, sem coerção nem violação, entre parentes consangüíneos ou afins adultos (que tenham atingido a maioridade legal), no grau proibido pela lei que caracteriza cada sociedade: em geral, entre mãe e filho, pai e filha, irmão e irmã. Por extensão, a proibição pode estender-se às relações sexuais entre tio e sobrinha, tia e sobrinho, padrasto e enteada, madrasta e enteado, sogra e genro, sogro e nora (ROUDINESCO; PLON apud SCHMICKLER, 2001, p.06)

Esta autora reflete que o abuso sexual incestuoso, além de considerado tabu, é considerado delicado e “*proibido*”, visto que descortina os véus ocultadores de uma face menos nobre da família, família esta que se espera que seja um núcleo estruturado por laços amorosos, protetores e provedores.

Schmickler (2001, p.01) faz importante alerta que no Brasil, o abuso sexual incestuoso encontra-se inserido no Código Penal Brasileiro (em vigor desde 1940) no âmbito dos crimes contra os costumes e não como crime contra a pessoa, como deveria ser.

A autora realizou estudo com três detentos do sistema penitenciário do município de Florianópolis, utilizando-se da técnica de História de Vida para entrevistá-los e os resultados da investigação, apontaram para o fato de que estes indivíduos perpetradores da violência – pais e/ou padrastos das vítimas – foram também vítimas de vários tipos de violência quando crianças, alguns com requintes de sadismo. Na vida adulta, segundo Schmickler, repetiram com seus próprios filhos diversos comportamentos aprendidos, protagonizaram rituais de sedução gradativos e sistemáticos em que jogos e brincadeiras fizeram parte das estratégias utilizadas para viabilizar seus intentos sexuais. Ainda, os resultados desvelaram que o abuso sexual incestuoso decorre da existência de impulsos considerados pelos perpetradores como incontroláveis, dificuldade de assumir responsabilidade pelos atos ou a total negação dos mesmos, a característica de serem considerados acima de qualquer suspeita a qual se empenham em manter, o papel de vítimas que estes perpetradores são capazes de fazer e uma trama familiar que revela dificuldades de proteção materna à criança.

Pereira; Ferriani; Hirata (2001) realizam abordagem sobre os Direitos Humanos Sexuais e Reprodutivos. As autoras, enfermeiras, enfocam que os direitos sexuais e reprodutivos regulam a convivência sexual entre mulheres e homens, adultos e jovens, meninas e meninos, e possuem a finalidade de garantir o livre exercício da sexualidade e da reprodução de modo saudável, isento de riscos, segura e responsável, devendo ter como fundamentação o marco ético dos direitos humanos, orientado para a proteção da liberdade sexual e para o respeito à dignidade humana.

Estas autoras identificaram as diferentes formas de desrespeito e violação aos direitos humanos sexuais e reprodutivos: gravidez forçada, abortos forçados e inseguros; prostituição infantil; assédio; abuso sexual; tráfico de pessoas como objeto de exploração sexual; pornografia com menores e/ou com mulheres; mutilação genital feminina (comum em certos

países africanos como a Somália, considerados ritos culturais); homicídios de mulheres por razões sexuais; estupro.

Azevedo; Guerra (1989 e 2001) inserem a violência sexual na classificação de violência doméstica. As autoras trazem contribuições sobre os agressores que, na grande maioria dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, são familiares das vítimas – pai, padrasto, avô, tio – ou, então, alguém que após cultivar amizade e ganhar a confiança da criança, aproveita para praticar atos de natureza sexual. Existe um perfil destes agressores: a grande maioria é do sexo masculino e também sofreram alguma forma de violência sexual no passado, além de se apresentarem de forma carinhosa e amiga para a vítima.

De acordo com o Artigo 213 do Código Penal Brasileiro, o estupro é definido como “[...] constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. Sendo assim, o estupro é a relação sexual forçada, imposta à mulher pela força ou coação, sem que ela possa defender-se. Até mesmo dentro do casamento, entre marido e mulher, a relação sexual imposta pela violência também caracteriza o estupro. Em diversas situações de estupro, o agressor é desconhecido, entretanto, o estupro também pode efetuado por familiar (pai, padrasto, pai adotivo, tutor, avô, tio, etc), o que tem se revelado fato comum através das estatísticas, principalmente das Delegacias de Mulheres e Conselhos Tutelares.

Como o foco deste estudo é a violência no cotidiano da saúde e devido a violência sexual ser assunto extenso, é que não se pretende alongar mais neste item.

### **3.2.6 Negligência:**

No dicionário Ferreira, segundo Guerra; Leme (apud AZEVEDO; GUERRA<sup>6</sup> (2001, p.63, anexo B), negligência significa “*desleixo, descuido, desatenção, menosprezo, preguiça, indolência*”, palavras estas consideradas pelas autoras como vagas e com diferentes significados. A negligência é a forma de violência mais preocupante que existe. É denominada de violência silenciosa, que ninguém vê e por isso ninguém denuncia. É caracterizada pelo abandono e privação das necessidades básicas como alimentação, saúde, vestuário e ambiente familiar.

A negligência, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), também pode ser caracterizada como uma forma de violência doméstica. Entretanto, a negligência é

observada também em outros contextos, inclusive no âmbito da Saúde e no cotidiano de trabalho da Enfermagem.

Azevedo e Guerra<sup>6</sup> (2001, p.63, anexo D) afirmam que:

[...] a negligência se configura quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos, etc., e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além de seu controle [...] Quisemos enfatizar o relacionamento da negligência com as condições sociais de vida dos pais, aspecto este tão relevante em uma realidade como a brasileira. Evidentemente que se uma criança está mal alimentada porque os pais não conseguem obter dinheiro para o fazer adequadamente, o caso não será considerado como de negligência. Entretanto, se todo o dinheiro conseguido e que seria, por exemplo, para a alimentação da prole, é desviado para o consumo de bebidas alcoólicas, então poderia se configurar um cuidado negligente.

Segundo as mesmas autoras<sup>6</sup> (2001, p. 65, anexo D), existem diferentes modalidades de negligência:

- **Médica e odontológica:** ocorre quando as necessidades de saúde de crianças e adolescentes não estão sendo preenchidas;
- **Educacional:** quando os pais e/ou responsáveis não providenciam o substrato necessário para que crianças e/ou adolescentes freqüentem a escola (pela legislação brasileira, o Estado tem a obrigação de fornecer educação fundamental);
- **Higiênica:** quando crianças e/ou adolescentes vivem em precárias condições de higiene;
- **De supervisão:** a criança é deixada sozinha, sujeita e exposta a riscos. Caso comum de mães que saem de casa (muitas vezes para trabalhar) e que deixam seus filhos sozinhos, trancados em casa. Muitas tragédias ocorrem neste tipo de negligência como incêndios, afogamentos, etc.)
- **Física:** não existe provisão de roupas adequadas para uso, não há alimentação suficiente.

Morais (1998) citando Barudy, psiquiatra chileno, enfatiza muito bem que as crianças dependem de forma biológica, psicológica e socialmente dos pais; sendo assim, não existe outra alternativa senão aceitar a situação de manipulação desta dependência, por parte dos adultos, sobre as crianças e/ou adolescentes. E os pais utilizam o seu poder sobre crianças e adolescentes - seus filhos - para impor suas crenças e suas representações do mundo, sendo dentre estas crenças, os gestos violentos e abusivos considerados por estes como “normais”.

Deve-se ressaltar que este tipo de violência ocorre entre idosos e portadores de Doença/Deficiência Mental, seres humanos que não conseguem prover atendimento de suas necessidades por si mesmos.

No cotidiano de trabalho de Saúde e de Enfermagem, observam-se diversas situações caracterizadas como negligência, traduzida não somente pelo não atendimento das necessidades humanas básicas, mas também pela negação, omissão, descaso, abandono (abandono de um cliente em meio ao tratamento, por exemplo), escassez e/ou ausência de informações, etc. Ainda, convém lembrar que a negligência também é exercida através, entre outras formas, de longas filas, demora no atendimento, insensibilidade por parte dos profissionais da saúde.

### ***3.2.7 Violência contra a mulher***

Já com relação à violência doméstica contra a mulher, este estudo apesar de não abranger esta temática por ser a abordagem extensa, não pode deixar de abordar esta forma de violência que cresce em proporções alarmantes, sobretudo pelo medo da denúncia por parte das mulheres vítimas. Nos noticiários recentes, segundo a Organização Mundial de Saúde, uma em cada três mulheres é vítima de violência.

Grossi (apud LOPES et al 1996, p.134) refere que a Declaração das Nações Unidas define como sendo **violência contra a mulher** “ [...] qualquer violência de gênero que resulta em danos psicológicos, físicos e sexuais, incluindo ameaças, coerção ou de privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada “ (UNITED NATIONS apud LOPES; MEYER; WALDOW, 1996, p.134).

Esta mesma autora alerta para o fato de que a violência contra a mulher é uma das violações de direitos humanos mais praticadas e menos reconhecidas no mundo. Ainda, esta autora trata este problema sob a ótica da saúde Pública, pois o mesmo afeta a integridade corporal, emocional e psíquico da mulher, além de seu senso de segurança.

O agressor, em sua maioria, cônjuge ou companheiro da vítima, age dentro da crença masculina como se fosse proprietário da parceira. Há homens que não suportam o sucesso financeiro da mulher e tentam superá-lo, apelando para a força física.

De acordo com os órgãos Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (CEPIA) e Conselho Estadual de Direitos da Mulher do Rio de Janeiro (CEDIM), em 1994, o Brasil

assinou a Convenção Interamericana para prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Esta Convenção entende que a violência contra a mulher inclui as violências física, psicológica e sexual.

As principais formas de violência contra a mulher são :

- **violência sexual** - inclui assédio sexual, atentado violento ao pudor, estupro, prostituição .
- **violência física não fatal** - caracterizada por surras, socos, hematomas, pontapés, lesões corporais provocadas por projéteis de arma de fogo, instrumentos perfuro-cortantes, queimaduras químicas, queimaduras elétricas, queimaduras pelo calor e frio.
- **violência física fatal** - culmina com o óbito da vítima .
- **violência psicológica** - caracterizada por humilhações, gritos, ameaças de morte, ameaças diversas, desrespeito, insultos, proibições diversas, manutenção da mulher em regime de cárcere privado, destruição de documentos, ciúme patológico, críticas ao papel de mãe, esposa, amante, trabalhadora, calúnia, difamação, constrangimento ilegal.

### ***3.2.8 Violência contra os idosos***

Alves et al (2002) comentam que a violência tem sido um dos problemas mais desafiadores para a sociedade e que a mesma está intimamente relacionada com os fenômenos de ordem social, atingindo todas as faixas etárias indiscriminadamente, sendo bastante visível e perceptível nas pessoas idosas, em todos os seus aspectos. Dentre os diversos fatores, as autoras citam aspectos sociais implicados na relação conflituosa manifestada pelo poder exercido pelo jovem sobre o idoso, gerando conflitos que refletem em violências diversas.

Para estas autoras, há de se considerar o aspecto histórico que envolve a violência contra os idosos, ou seja, cada família possui formas peculiares de lidar com conflitos que possam surgir no convívio com as pessoas idosas e estas relações são influenciadas pela herança cultural perpetuada entre gerações. Ainda, as mesmas autoras utilizam a expressão ***abuso do idoso*** (adotada pela Associação Médica Americana) definindo-o como: “um ato ou

omissão que resulta em sano ou ameaça de dano à saúde ou bem-estar de uma pessoa idosa” (KAPLAN; SADOCK; GREBB apud ALVES et al, 2002, p.27).

Esse abuso no âmbito familiar é omitido, tanto pelo agressor, como pelo agredido, levando a uma cumplicidade entre ambos, preservando desta maneira a sacralidade da família, ou seja, não desvelando a face menos nobre da mesma.

Nos idosos, a violência pode-se caracterizar através de omissão, descaso, negligência física, o não suprimento de suas necessidades básicas, negligência financeira, negligência psicológica, negligência material, a violação dos direitos dos idosos – inclusive, o direito do idoso a ter familiar acompanhante em caso de hospitalização, direito este desrespeitado em diversas instituições - e o abandono, tão temível e cruel.

Alves et al. (2002) comentam que os idosos que dependem de cuidados de outras pessoas para sobreviverem constituem num grupo altamente propenso à violência, apontando para o fato de que mais da metade das violências nos idosos são provocadas pelo cônjuge e o restante por conta dos demais familiares adultos jovens.

Em levantamento realizado junto ao Setor de Epidemiologia da Prefeitura Municipal de Cascavel –PR, as mesmas autoras também consideram como violência contra os idosos, as mortes cujas causas foram registradas como “**sem assistência médica**”, uma vez que é direito, não apenas dos idosos mas de todos os seres humanos, de serem assistidos em todos os momentos. Este fato também evidencia e reforça o pressuposto de que existe violência na esfera da Saúde, em múltiplas vertentes, onde neste caso particular da população idosa, as Políticas de Saúde vigentes no país não suprem e pouco contemplam a necessidade de assistência integral desta população.

Ainda, ressalta-se que a violência nos idosos também pode ocorrer na forma de violência física, tanto por parte de familiares, como por parte de cuidadores familiares e profissionais. Em matéria publicada na Revista *Cláudia* (edição Outubro/2000, p.27), intitulada *Terceira idade em perigo*, de acordo com o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), das 1.559 queixas registradas por idosos, 26% referem-se a ameaças, 12,1% a lesões corporais, 10,5% a injúrias e difamações e 6% a abandono. Também esta mesma nota divulga dados da Delegacia de Proteção ao Idoso, no município de São Paulo: 39% dos agressores destes idosos são os próprios filhos, 20% dos agressores são seus vizinhos e 11% destes agressores são outros membros da família destes mesmos idosos. Todos estes dados se referem ao primeiro semestre de 2000.



Menezes (1999) resgata a questão da **violência doméstica contra os idosos**.

Em sua tese de Doutorado intitulada *Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso*, Menezes identifica a violência doméstica propriamente dita e a violência silenciosa, onde a morte representa a libertação desses idosos da violência doméstica.

Esta autora acompanhou o cotidiano de vinte e três idosos, cujos relatos demonstraram vidas permeadas pela violência: destes idosos estudados, sete mulheres idosas realizaram denúncias e depoimentos mediante suas respectivas histórias de vida. Na violência doméstica praticada contra os idosos, eram os seus dependentes que os exploravam física e financeiramente, onde diversos fatores contribuam para esta exploração: comportamento violento por parte do agressor relacionado às drogas, relação de dependência entre o agressor e o idoso agredido, condições socioeconômicas e condições de isolamento social, sendo considerados fatores estressantes externos. A violência doméstica praticada contra os idosos deste estudo se caracterizou nas mais variadas formas, desde o abandono, passando pela agressão física com lesões corporais e culminando com a morte, ora dos idosos ou de seus agressores.

O que surpreende, entretanto, é a **violência silenciada**, onde dezesseis idosos tiveram suas vidas ceifadas, fato constatado através de boletins de ocorrências, laudos periciais e laudos necroscópicos arquivados nas instituições legais do município paulista de Ribeirão Preto. Como causas da violência doméstica silenciada, foram apontadas a doença, a demência, a família e a morte.

Silva; Gonçalves; Pfeiffer (1997) também contribuem com estudo sobre o provimento do cuidado diário domiciliar de idosos considerados fragilizados. As autoras afirmam a importância do cuidado desempenhado pelos profissionais de Saúde e, principalmente, do papel chave da Enfermeira como provedora deste cuidado em parceria com os chamados **cuidadores leigos** ou **informais**, sejam familiares, vizinhos, amigos, voluntários ou cuidadores contratados pela família.

Ainda, estas mesmas autoras reafirmam a importância de proporcionar o conviver assistido por outrem, deste cuidado amoroso, afetuoso e comprometido para indivíduos idosos que atingiram idade igual ou superior a 80 anos, cujas condições de saúde e de viver se tornam progressivamente incapacitantes e/ou processo de diminuição das funções em virtude

do próprio processo de envelhecimento, apresentando assim, condições de comorbidade e de vulnerabilidade aos riscos (inclusive riscos de sofrerem violência).

Por ocasião da apresentação desta pesquisa, durante o I Encontro Internacional de Pesquisa sobre o Cuidado no Envelhecimento, realizada em novembro de 2000 em Florianópolis, foi apresentada determinada situação observada onde uma senhora de cinquenta e sete anos de idade, que não possuía casa para morar, foi cuidar de outra senhora também idosa de 87 anos. Nesta situação, foi observada uma relação extremamente conflituosa por parte dos filhos da senhora cuidada em relação à cuidadora, através de cobranças exageradas, relacionamentos distanciados e de comunicação deficiente, submetendo a cuidadora em questão à situação de violência direta e de violência indireta em relação à senhora cuidada.

### **3.3 Violência institucionalizada na Saúde e na Enfermagem: a violência do (des)cuidado:**

Ao decidir trabalhar com a violência no âmbito da Saúde e, mais precisamente, da Enfermagem, a autora deste estudo optou em utilizar uma expressão que foi denominada como *violência no cuidado de Enfermagem*, inclusive, por ocasião da realização das oficinas (descritas no capítulo 4), houve um momento de construção coletiva deste conceito.

Entretanto, durante o processo de qualificação da presente dissertação, as professoras que compunham a Banca, foram unânimes em questionar a utilização da expressão *violência no cuidado de Enfermagem* ou *cuidado violento*. Argumentando que a violência no cuidado de Enfermagem representa, na verdade, uma “ausência de cuidado”, uma vez que o sentido da humanização é inerente aos diversos conceitos de cuidado. Houve ampla reflexão e discussão, com contribuições construtivas e positivas, chegando-se ao consenso que o ideal seria utilizar uma expressão que sugerisse um *(des)cuidado*. Sendo assim, optou-se por trabalhar com a expressão *(des)cuidado*, a qual será utilizada daqui por diante para indicar que o (des)cuidado representa a ausência de um cuidado humanizado, coerente, ético, educativo e cidadão.

Chama atenção a violência institucionalizada, ou seja, a violência exercida pela própria sociedade e também exercidas por organizações e instituições formais que jamais – a priori - deveriam praticá-la, como é o caso particular das instituições de saúde.

Ravazzola (1998) destaca que as sociedades onde as diferenças entre pessoas ganham conotação hierárquica são férteis em matéria de prática de violência. Sendo assim, pode-se

afirmar que existem graus diferenciados de risco envolvendo fatores como cultura, sexo, raça, faixa etária, inserção social ou fase da vida.

As violências explícitas exercidas pela sociedade são aquelas que se caracterizam nas formas de alienação, discriminação, marginalização e exclusão de determinados seres humanos ou mesmo de determinadas classes sociais: pobres, miseráveis, negros, indígenas, sem terra, sem teto, presidiários, indivíduos portadores de distúrbios de natureza neuropsiquiátrica, seres humanos soropositivos, seres humanos portadores de outras patologias de natureza infecto-contagiosas (Tuberculose, Hanseníase, etc.).

Por volta da década de 40, surgiram instituições destinadas a abrigarem clientes portadores de distúrbios de natureza mental e de patologias infecto-contagiosas, tais como Tuberculose e Hanseníase: eram os chamados Hospitais-Colônia. Na época da criação destas instituições, o propósito não era somente o de tratamento, mas também isolar estes clientes dos convívios familiar e social, uma vez que a cultura da “lepra” (nome popular atribuído à Hanseníase durante séculos), por exemplo, representou estigma, isolamento e exclusão. Desde os primórdios bíblicos, a Hanseníase era exemplo de isolamento e exclusão social.

Uma das realidades mais comuns e, ao mesmo tempo, lamentável, está na violência exercida pelas instituições de saúde, sobretudo as instituições hospitalares e postos de saúde, que ferem, inclusive, os direitos da criança e do adolescente, o Estatuto da Criança e do Adolescente, os direitos do cliente hospitalizado e até mesmo os direitos humanos. Observa-se a existência de violência explícita, ou seja, aquela perceptível, visível, e também a existência do que se pode denominar de violência implícita, traduzida em determinadas atitudes e fatos.

Muitas instituições hospitalares de natureza psiquiátrica são ricas em exemplos clássicos de violência institucionalizada: além do estigma de funcionarem como “depósitos de loucos”, exercem violência, a começar pelas reais condições de instalações e de sobrevivência, perpetuando um cotidiano de evidentes relações de dominação, opressão e poder. Costa; Koerich; Machado (2001) descrevem muito bem estas condições através do relato que se segue, o qual partiu de uma das autoras, Costa (2001), que o extraiu de seu anteprojeto de dissertação de Mestrado em Enfermagem. A autora realiza uma descrição detalhada daquilo que ela própria denomina de *condição desumana de assistir* do cotidiano de uma instituição de natureza psiquiátrica:

[...] Esta descrição (referindo-se à descrição feita por Moffat<sup>2</sup> (1980), no qual este autor se refere às condições dos macros hospitais brasileiros psiquiátricos estatais na década de setenta e oitenta, como sendo grandes depósitos, lugares fechados e distantes, com aspectos característicos de insalubridade, como sujeira, escuridão, ausência de ventilação) pode ainda ser feita, hoje, em pleno século XXI, como observado no relato de uma enfermeira ao entrar em uma enfermaria de um macro hospital psiquiátrico: os funcionários parecem todos adormecidos, engessados, parecem não notar um paciente caído convulsionando, nu, deitado no chão do refeitório imundo. O cheiro de urina e graxa se misturam e parece que a loucura é onipresente e comanda tudo por aqui. Não posso deixar de lembrar Moffat e sua descrição (COSTA et al 2001, p.02).

Em relação às relações de poder e domínio sobre estes pacientes por parte dos profissionais que atuam nas instituições psiquiátricas, determinando comportamentos e atitudes, Mazarakis (2000) descreve:

[...] Especificamente, a Instituição Psiquiátrica é um modelo atual e real de prática do poder. Dentro dela, as pessoas são como massa compacta, agem em múltiplas trocas de individualidades que se fundem, e o efeito coletivo é abolido em proveito de uma coleção de individualidades separadas com o objetivo de estabelecer séries, evitando as distribuições por grupos. Um instrumento que tem sido utilizado como permanência destas séries, dentro de Instituições psiquiátricas é a disciplina, através da qual concretiza-se a impotência de seus membros (MAZARAKIS, 2000, p.38).

Mazarakis, que atuou como Enfermeira dentro de uma macro instituição hospitalar psiquiátrica, descreve em sua obra intitulada *Doença mental: uma lição de vida* (2000) o cotidiano desta instituição, bem como os percalços em busca de uma assistência digna e mais humanizada.

Também Goffman (1992, p.21), em sua obra intitulada “*Manicômios, prisões e conventos*”, constata que existem estabelecimentos destinados a servirem de refúgio do mundo, existindo em algumas instituições, uma espécie de escravidão, aonde o tempo integral do paciente internado é colocado à disposição da equipe dirigente e este mesmo paciente torna-se um alienado em sua capacidade de trabalho.

Já Ribeiro (1998), em sua dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada “*A violência à criança hospitalizada: a dimensão ética da intervenção terapêutica*”, traça um quadro real da violência exercida através do (des)cuidado institucionalizado dentro de um hospital de natureza pediátrica. Esta autora foi despertada para desenvolver esta temática ao observar cenas do cotidiano de uma unidade de internação pediátrica: choro constante dos pequenos pacientes, ausência das mães como acompanhantes na unidade (na época em que a

---

<sup>2</sup> Moffat, Alfredo. **Psicoterapia do oprimido**. São Paulo: Cortez, 1980. Costa, Koerich e Machado realizaram seu trabalho baseado em Morin, Edgard. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2a ed. Cortez: Brasília, 2001, cap. III *Ensinar a condição humana*.

autora atuou como enfermeira assistencial), crianças submetidas à contenção no leito, expressões de sofrimento, carência afetiva e, sobretudo, a frieza por parte dos trabalhadores de Enfermagem, evidenciando o despreparo e o cotidiano da violência exercida através do (des)cuidado prestado pela equipe de Enfermagem e de Saúde.

A autora demonstra, ao longo de sua dissertação, que a violência permeia tanto da assistência prestada por parte dos profissionais de Saúde, inclusive médicos e equipe de Enfermagem. Consta que a violência se inicia dentro do próprio sistema brasileiro de Saúde, perpetuando-se através das relações de poder, principalmente da hegemonia e corporativismo médicos. Também enfoca o disciplinamento como uma das formas de violência, descrita no capítulo III, ítem 3.1. *A disciplina como violência: os rituais de entrada* (Ribeiro, 1998, p.29), reforçando aquilo que já foi descrito anteriormente através do relato de Mazarakis (2000).

Aqui, Ribeiro transcreve uma de suas observações reforçando a disciplina e rituais de entrada na instituição hospitalar como uma das muitas formas de violência institucionalizada e que envolve trabalhadores, não somente da área da saúde, mas também da área administrativa, os quais já “incorporaram” estes rituais no seu cotidiano de trabalho:

[...] As guias de atendimento são fornecidas por funcionárias num guichê com barreira de vidro, sendo que estas estão do lado de dentro, sentadas e em ambiente refrigerado e os usuários fora, em pé e em fila. Faz muito calor. Na porta de entrada há outro segurança cuidando do acesso das pessoas (RIBEIRO, 1998, p.31.) .

A autora analisou as diversas formas de violência que a criança sofre durante a hospitalização e a dimensão ética da intervenção terapêutica, com base no referencial teórico de Foucault no que tange às reflexões quanto às relações de poder-saber e da disciplina dentro destas instituições hospitalares. Inúmeras foram as descrições efetuadas por Ribeiro, sendo que algumas chegam a ser constrangedoras, tal a realidade do descaso, abandono, negligência, ignorando a dor e o sofrimento, tanto da criança hospitalizada, como da mãe e demais familiares daqueles pequeninos seres, constatado através dos relatos que se seguem:

[...] A criança está muito grave [...] Saindo da enfermaria (onde estava a criança), vejo duas enfermeiras conversando e rindo, indiferentes ao que ocorria com uma criança a poucos metros dali (RIBEIRO, 1998, p.96).

[...] Chegando à unidade, ouço um choro de criança (parece um choro de dor e de medo). A porta do posto de enfermagem está aberta, entro e observo: uma funcionária lendo um mural, outra que parece ter acabado de fazer uma medicação

endovenosa (pois estava recolhendo escalpes, algodões e seringas sujos), uma enfermeira lendo revista, outras três funcionárias conversando amenidades. A criança levanta da maca, amparada pela mãe, ainda soluçando e com expressão de assustada. Ninguém, além da mãe, olha para a criança (RIBEIRO, 1998, p.87).

Também observam-se atitudes que traduzem manifestações explícitas de insensibilidade, ausência de humanidade, falta de coerência, de ética por parte de determinados profissionais que abraçaram a profissão Enfermagem, retratada nesta impressionante observação feita por Ribeiro, que realiza algumas suposições para explicar tais reações, como a não valorização da cultura da criança e de utilização de alguns mecanismos de defesa, tais como o distanciamento e a negação: “[...] A auxiliar diz, durante a punção venosa: -Tá chorando por quê? Não estou sentindo nada [...]” (RIBEIRO, 1998, p.87).

Nesta situação descrita acima, uma Auxiliar de Enfermagem comete violência direta, não só efetuando um descuido, ridicularizando a dor de uma criança, demonstrando falta de empatia e de solidariedade com a criança que sofre, mas, também ferindo inclusive os Direitos Humanos, os Direitos da Criança previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente, expondo uma criança à situação de humilhação.

Existe também a violência exercida sobre outros clientes, sobretudo quando estes são idosos e/ou mulheres.

Nas mulheres, na esfera da Saúde, existe a violência em diferentes formas tais como a infantilização de seus corpos, através das chamadas rotinas obstétricas existentes em diversas instituições da área da saúde da mulher.

Ainda observa-se a violência sobre o exercício de sua sexualidade e da condição de mulher e até mesmo a violência física sexual. Em relação às rotinas obstétricas, felizmente, algumas instituições já estão revendo e reformulando-as, como é o caso da rotina de tricotomia ante-parto, hoje discutível e abolida em diversas instituições.

Convém lembrar que a omissão e o abandono também são exercidos pelos familiares de idosos. Muitas vezes deixam estes idosos em instituições hospitalares, sendo comum os familiares pouco ou nunca visitarem estes familiares idosos ou até mesmo fornecendo endereços falsos para que os mesmos nunca retornem ao lar de origem. Isto porque na cultura de muitos indivíduos, o ser idoso representa um fardo para a família, alguém dependente, um ser considerado improdutivo, capaz de atrapalhar a convivência familiar. Estas são algumas das razões porque alguns idosos são internados e deixados nas chamadas “instituições asilares” ou “casa de repouso”, com o respaldo da própria sociedade.

Dentro de algumas instituições asilares existem evidências da existência de negligência, descaso e/ou abandono desses pacientes, como foi noticiado há alguns anos na cidade do Rio de Janeiro, o óbito de cerca de 20 idosos internos de uma clínica geriátrica devido à desnutrição, desidratação, evidenciando a violência do (des)cuidado e caracterizando omissão, negligência e abandono por parte dos responsáveis da clínica. A clínica foi finalmente interditada e fechada e os internos sobreviventes foram transferidos para outras clínicas.

## 4 BASES E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Delimitando uma perspectiva de análise - o marco conceitual

O marco conceitual, também denominado de fundamentação teórica, representa um conjunto de definições e de conceitos inter-relacionados, é uma estrutura mental, lógica e organizada que serve para direcionar o processo de investigação. Já o marco teórico ou referencial teórico pode constar de teoria proposta por determinado(s) autor(es) ou mesmo utilizar um conjunto de conceitos formulados a partir de pressupostos do(s) autor(es) e inspiração abstraída da literatura.

Para nortear este estudo, optou-se por selecionar alguns conceitos e pressupostos que foram fundamentais no mesmo. Assim, os conceitos de **Ambiente ou Sociedade, Enfermagem, Saúde e Ser Humano** foram básicos para a abordagem de outros conceitos pertinentes ao objeto específico, quais sejam: **Processo Educativo, Processo de Ser Saudável, Trabalhadores de Enfermagem, Violência e Processo de trabalho/cuidar/cuidado.**

Assim, neste estudo, considerou-se **Enfermagem** como um processo interpessoal entre a Enfermeira/o Enfermeiro e os seres humanos, onde existe uma relação de ajuda a indivíduo(s), família ou comunidade a evitar ou a enfrentar situações de sofrimento, buscando um sentido através desta experiência. Neste estudo, a Enfermagem estabelece uma relação de ajuda entre indivíduos vítimas de violência em suas diferentes nuances. Por outro lado, a proposta educativa visa ajudar aos trabalhadores de Enfermagem no enfrentamento do cuidado dos seres humanos vítimas da violência e na instrumentalização deste cuidado exercido (baseado em TRAVELBEE, 1979).



Já os **seres humanos** considerados neste estudo foram os trabalhadores e as trabalhadoras de Enfermagem, assim como os clientes vítimas de violência como ser humano. Na concepção adotada, os seres humanos são indivíduos únicos, irrepetíveis, racionais, sociais, podendo ser afetados pela cultura, meio ambiente, hereditariedade e pelas experiências de vida. Os **trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem:** (construção pessoal) foram considerados seres humanos com saberes e fazeres próprios da profissão, seres sociais, únicos, possuindo bagagem de vida e cultural que influenciam na construção de suas idéias e no exercício do cuidado. Os trabalhadores de Enfermagem neste caso são integrantes da equipe de Enfermagem: Enfermeira(o), Técnica(o) e Auxiliar de Enfermagem. Estes seres humanos possuem significados diversos sobre o fenômeno da violência o que poderá influenciar no modo de cuidar das vítimas de violência, assim como no modo de agir em seu cotidiano de trabalho. Os trabalhadores de Enfermagem atuam no cuidado às vítimas de violência e de seus familiares.

Em relação à **violência**, utilizou-se o conceito de Chauí (1985) por ser o mais abrangente dentre os diversos conceitos de violência existentes na literatura, uma vez que o fenômeno da violência é complexo, abrangente e pode fornecer diversos significados. A violência, neste caso, é compreendida como uma relação assimétrica de poder, com fins de dominação, exploração e opressão.

[...] a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior; [...] a ação que trata um ser humano, não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência (CHAUÍ apud AZEVEDO; GUERRA, 2001, p.08).

Ainda, Chauí também acrescenta que a violência é a violação da integridade física e psíquica da dignidade humana de um ser humano. Convém destacar que a violência é construída socialmente e também socialmente é reproduzida.

Assim, observa-se que no cotidiano do processo trabalho/cuidar/cuidado de Enfermagem, a violência pode ser expressa nas formas de passividade, inércia, dominação sobre o/os cliente/ clientes, pelo silêncio, ou seja, não denunciar fatos de violência presenciados ou mesmos suspeitos, denunciar colegas de equipe e profissionais da equipe de Saúde que possam estar cometendo alguma forma de violência, sendo conivente com a mesma. Também considera-se violência enquadrada no processo de trabalho em Enfermagem as condições adversas de trabalho como baixos salários, jornadas exaustivas sem respeitar

o(a) trabalhador(a), a hegemonia e poder de saberes que desvalorizam e/ou menosprezam o saber da Enfermagem, a opressão, o desrespeito ao ser humano e profissional, a competitividade, o não acesso a informações, entraves de quaisquer natureza em relação ao processo de realização de estudos e pesquisas que possam melhorar a qualidade da assistência, ensino e pesquisa em Enfermagem (negativas de instituições, informações falsas ou desencontradas).

Apesar da palavra violência possuir diversas definições, interpretações e significados, para compreensão e análise deste estudo optou-se em utilizar a classificação proposta por Prado (1997), que classifica a violência em:

▪ **Violência acidental** – ato de violência cometido, sem a existência de intencionalidade. Este tipo de violência pode aparecer no cotidiano do processo de trabalho/ cuidado em Enfermagem em diversas situações, inclusive em ocasiões em que nem os trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem se dão conta que estão exercendo alguma forma de violência em seu cotidiano de trabalho/cuidado.

▪ **Violência intencional** – ato de violência com intencionalidade, ou seja, o desejo (expresso ou não) de prejudicar alguém.

▪ **Violência ativa/direta** – quando o agressor provoca diretamente danos à vítima, ou seja, participa diretamente do ato violento. A autora cita como exemplos os homicídios e as ocorrências de trânsito. Este tipo de violência não é comum dentro do cotidiano de trabalho/cuidado em Enfermagem.

▪ **Violência passiva** – ocorre quando existe omissão, ou seja, o ato violento é cometido, sendo observado pelo agressor indireto, que age fazendo de conta que não presenciou nada, ignora, nada faz para impedi-lo. Exemplos deste tipo de violência são as omissões de socorro nos acidentes (de várias naturezas), as mortes de seres humanos nas filas de espera de atendimento nos serviços de saúde, os acidentes de trabalho ocasionados pela falta de dispositivos de segurança. Esta forma de violência aparece com frequência no cotidiano de trabalho/cuidado em Enfermagem e, particularmente, na violência do (des)cuidado.

▪ **Violência indireta** – quando determinado ato violento provoca dano ou agravo a outra pessoa, a qual o agressor não a conhece, ocorrendo um espaço temporal entre a agressão e as suas conseqüências. Um exemplo é a agressão à natureza, já que as conseqüências terão repercussões futuras para as gerações vindouras.

▪ **Violência simbólica** – não existe emprego de força física; é a utilização de forças de coação e medo, as chantagens e torturas psicológicas (equivale à classificação de violência psicológica); também pode ser praticada através de atos em que não se percebe a violência exercida, como a separação criança/mãe no momento da internação em instituição hospitalar, privando a criança da presença da mãe - aqui, ressalta-se que o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) assegura o direito da permanência dos pais ou responsáveis durante o período de hospitalização e que o descumprimento deste direito significa transgressão do Estatuto, desrespeitando os direitos da criança em si e da criança hospitalizada, além de constituir uma forma de violência simbólica. Outro exemplo trazido pela autora é submeter um indivíduo à exposição de seu corpo durante a prestação de cuidados, sem resguardar a sua privacidade e sem respeitar seus valores culturais e religiosos, também é uma forma de violência simbólica. Esta violência ocorre em grande escala nas diversas situações do processo trabalho/cuidado em Enfermagem e na Saúde.

▪ **Violência branca** – Também denominada por Prado como **escamoteada**, representa a violência com a qual já se habituou a conviver com a mesma: crianças fora da escola, desigualdades sociais, desrespeito aos direitos dos cidadãos. Esta forma de violência é registrada na sociedade que já se acostumou a viver e conviver com situações de “aparente conformismo” e sem a mínima disposição por parte de autoridades competentes para transformar esta realidade. No âmbito da Saúde, a “paciência” da espera daquilo que é considerado um direito assegurado pela Constituição Brasileira de 1988: Saúde é um direito de todos e dever do Estado.

▪ **Processo Educativo** significa um compartilhar de saberes - saberes estes que podem ser científicos e/ou populares -, baseados no diálogo e respeito de ambas as partes, educador e educando. Respeitar o momento do educando, considerando-o como sujeito deste processo constitui-se numa de suas bases. O objetivo do processo educativo é possibilitar novas estratégias para instrumentalização, e, sobretudo, permitir a ação-reflexão.

O processo educativo constitui uma das estratégias na instrumentalização de indivíduos, grupos ou mesmo da sociedade, diante de questionamentos e/ou situações para os quais necessitam a aquisição de conhecimentos. Dilly e Jesus (1995) identificam três modalidades de trabalho ou processo educativo em saúde: o trabalho individual, o trabalho com grupos específicos e o trabalho com a comunidade.

Dentro destas modalidades, a proposta deste estudo foi desenvolver um processo educativo grupal objetivando, primeiramente, conhecer as percepções e sentimentos do grupo de trabalhadores de Enfermagem em relação à violência de modo geral. Posteriormente, ocorreu o desenvolvimento de práticas educativas na forma de oficinas visando oferecer instrumentalização teórico-prático no cuidado às vítimas de violência e de suas respectivas famílias, assim como buscando conhecer possíveis causas e modos de prevenção violência no cotidiano de trabalho da Enfermagem e da Saúde.

O trabalho educativo com grupos requer levantamento das percepções e das motivações dos participantes. A partir deste conhecimento, a população alvo é envolvida na programação, devendo participar das reuniões e também das decisões coletivas.

Para Freire citado por Dilly e Jesus (1995), o ser humano encontra dentro de um grupo um papel, uma forma de estar que, por sua vez, constitui uma forma de ser e dentro deste espaço desempenha o seu papel, segundo sua história e as marcas que traz consigo.

Neste estudo, fez-se necessária construção de um conceito de **Processo de ser saudável**, relacionando este conceito com dois aspectos: com a saúde dos trabalhadores de Enfermagem e com o fenômeno da violência.

Existem várias maneiras de conceituar e de compreender a saúde, em razão do decorrer da própria História, das civilizações, da cultura e da trajetória social do ser humano. Também é importante ressaltar que o processo saúde/ doença está intimamente relacionado ao processo econômico e nas relações de trabalho.

O Ministério da Saúde (1986), por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, definiu saúde como sendo

[...] em um sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.4).

O processo de ser saudável envolve, neste estudo, os trabalhadores de Enfermagem, no sentido de, não apenas possuir condições de saúde física, social e mental, mas também condições no tocante ao enfrentamento das situações de cuidado às vítimas de violência, do compromisso com a Enfermagem e com a saúde da população, possuir postura ética-cidadã e,

acima de tudo, ser empático e solidário com o próximo, não sendo conivente com o(des)cuidado.

**O Processo de trabalho/cuidar**, segundo Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001, p.37),

[...] é o trabalho identificador da profissão de Enfermagem, uma vez que se realiza a partir de necessidades de saúde concretas ou potenciais, caracterizado pela sua especialização profissional, como consequência analítica da ciência, pela capacidade de formulação de problemas, pela sua comunicabilidade como objeto epistemológico, preditibilidade na intervenção do processo de cuidado terapêutico, por técnica e arte em sua realização”. Ou seja, é o trabalho identificador da profissão de Enfermagem, o **cuidado** é uma ação com finalidade de transformar um estado percebido de desconforto e/ou dor em estado de menor desconforto/dor.

Existem muitos conceitos, definições e interpretações acerca do cuidado. Segundo Waldow (1998, p.56), na língua inglesa, a palavra *care* significa preocupação, consideração, interesse, afeição, importar-se, proteger, gostar. Já em português, significa zelo, atenção, cautela, responsabilidade, preocupação.

Para muitos trabalhadores de Enfermagem, cuidado significa assistência direta, execução de técnicas de Enfermagem. Entretanto, Waldow (1998, p.149) aponta para o fato de que o processo de cuidar representa a forma como se dá o cuidado e que o cuidado/processo de cuidar é o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos baseados em conhecimento científico, experiências, intuição, pensamento crítico, realizadas para e com o cliente/ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas. Ainda, para Waldow, essa dignidade e totalidade envolvem o sentido de integridade e plenitudes física, social, emocional, espiritual e intelectual nos processos de viver e de morrer, representando assim, um processo de transformação de ambas as partes, ou seja, ser cuidado(a)/ cuidador(a), idéias com as quais compartilha-se com esta autora.

Waldow (apud WALDOW; LOPES; MEYER 1995, p. 16,17), considera o cuidar/cuidado como uma expressão da humanidade, sendo essencial ao desenvolvimento e realização enquanto seres humanos. A capacidade de cuidar encontra-se enraizada na natureza humana. Ainda, Waldow cita Sister Roach (1991) que categorizou o cuidar/cuidado em cinco categorias, as quais denominou-as de cinco “cês”, ou seja, compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento.

O **processo de trabalho/cuidar/ cuidado** possui dimensões ética, estética, empírico e pessoal, padrões de conhecimento, baseados em Carper, (1978). Compreende-se que o cuidado vai muito além do assistir, da execução de meras tarefas técnicas, envolve respeito,

empatia, solidariedade, envolvimento com o próximo, permite o desenvolvimento de ações educativas-reflexivas, envolve ações de toque, som, formas. O cuidado considerado não violento respeita o ser humano em sua integralidade, leva em consideração diversos fatores – culturais, sociais, emocionais, espirituais e biológicos

Os pressupostos representam as crenças, os valores, aquilo em que se acredita, de modo a fundamentar a prática e o estudo a ser desenvolvido. Alguns pressupostos que contribuíram para clarificar a abordagem do objeto foram pessoalmente elaborados e outros construídos a partir de diversos autores como Waldow (1998); Ramos (1999); Kleba (1999):

- É na família o principal e melhor ponto de partida para se prevenir toda e qualquer forma de violência praticada contra o ser humano, grupos, comunidade e/ou sociedade. É na família que se inicia o processo de construção de uma sociedade justa e cidadã.
- Amor, a fé, a compreensão, a solidariedade, o respeito, o perdão e o diálogo fundamentam a base do relacionamento familiar e extra-familiar (sociedade, grupo profissional, etc.) saudável.
- A violência necessita ser abordada, em todas as suas formas, nas diferentes etapas da formação escolar do ser humano e, particularmente, deve ser de abordagem obrigatória em todos os cursos de nível médio e de graduação nas áreas da saúde, educação e jurídica.
- Na gênese do fenômeno da violência coexistem fatores, tanto em relação à construção de valores quanto à ética, e também de condições concretas do processo de viver humano nas sociedades modernas.
- A Enfermagem é uma profissão com compromisso ético-político-social, comprometida com a cidadania, não podendo ser conivente com o exercício da violência no processo de cuidar, denunciando inclusive as suspeitas de (des)cuidado.
- A Educação e instrumentalização dos trabalhadores da Enfermagem e da Saúde para o enfrentamento, prevenção e cuidado às vítimas de toda e qualquer formas de violência são fundamentais para o exercício do cuidado ético, humanizado e consciente, além de constituir num dos alicerces da práxis da Enfermagem.

- O Processo educativo consiste numa das esferas da práxis da Enfermeira/ do Enfermeiro.
- “[...] A educação é uma prática social, histórica e politicamente situada, que se articula com as demais práticas sociais e se torna inalienável do processo de trabalho em saúde” (RAMOS, 1999, p.31).
- Enfermeiro/Enfermeira é um dos profissionais de saúde que tem a educação em saúde como processo particular de trabalho. (baseado em RAMOS, 1999).
- Processo de trabalho de educação em saúde visa a capacitação para uma práxis crítico-reflexiva-criativa, devendo ser desenvolvida dentro de um contexto técnico, teórico e político. (baseado em RAMOS, 1999).
- “[...] A educação representa um componente da assistência, capaz de viabilizar a finalidade do trabalho em saúde, ou seja, capacitar os indivíduos em sua autonomia no sentido de conquistar melhores condições de vida. A conscientização, a instrumentalização e a organização de indivíduos são elementos essenciais do processo educativo” (KLEBA, 1999, p.122-123).
- A arte da Enfermagem é a capacidade de reconhecer a expressão dos sentimentos dos seres humanos e experienciar estes sentimentos (baseado em WALDOW, 1998).

#### 4.2 Procedimentos metodológicos

Segundo Trentini e Paim (2001, p. 11), o método de pesquisa que converge para a prática assistencial de Enfermagem, denomina-se de **pesquisa convergente-assistencial** e possibilita inovações, legitima cientificamente as bases de mudanças desejáveis e busca encontrar possíveis soluções para problemas existentes nas situações sociais da assistência. Sendo assim, o presente estudo enquadra-se nesta modalidade. A **violência do (des)cuidado** e no **processo trabalho/cuidado** consiste num problema emergente da prática assistencial de Enfermagem e a pesquisa convergente-assistencial é uma forma de compreender o problema, além de buscar possibilidades de soluções.

Como instrumentos foram utilizadas a técnica de **questionário**, proporcionando um primeiro momento no sentido de identificar as percepções e representações dos trabalhadores

de Enfermagem acerca do fenômeno da violência, as formas de violência conhecidas por parte destes trabalhadores, experiências pessoais, familiares e profissionais relativas à violência.

No momento seguinte, optei pela construção de uma proposta educativa com os trabalhadores de Enfermagem. A proposta educativa baseou-se em realização de oficinas de ação-reflexão, aonde as trabalhadoras de Enfermagem tiveram oportunidade de expressar através da sensibilidade, da criatividade, da arte, suas expectativas, opiniões e experiências relacionadas com violência no processo de trabalho/ cuidar/ cuidado. No terceiro momento foram trazidas informações complementares acerca de diferentes nuances de violência, resgatando saberes de todas as participantes e valorizando cada profissional. Como fechamento, ocorreram a construção coletiva de um conceito relacionado ao (des)cuidado de Enfermagem, e a avaliação verbal dos encontros realizados por parte de cada participante.

A justificativa de escolha em trabalhar com oficinas educativas de ação-reflexão recai na participação de todos, na contribuição individual e coletiva para ampla reflexão e a busca de novos caminhos e possibilidades na abordagem do (des)cuidado em Saúde. A oficina revela a grandeza década ser humano, aguça todos os sentidos, resgata a sensibilidade e constitui em uma opção estratégica para desenvolver questões ético-educativas.

#### ***4. 3.1 Local e sujeitos do estudo:***

Inicialmente, foi apresentado projeto de prática assistencial a ser desenvolvida em determinada instituição pública de natureza hospitalar. Após ser submetido à apreciação e análise, foi dada a **negativa por parte desta instituição**, com a alegação de que **não possuía interesse para o desenvolvimento da temática**, o que gerou descontentamento por parte da equipe de Enfermeiras e Enfermeiros, que desejavam e apoiavam o desenvolvimento da temática proposta, inclusive considerando uma necessidade dentro do cotidiano de trabalho daqueles profissionais. Esta negativa reforça a tese já colocada no início deste estudo de que todo o pesquisador na esfera da violência sofre violência e confirma a violência institucionalizada que, dentre diversas formas, a pratica através da negação de acesso a pesquisa, à informação e de realização de Educação emancipadora.

Em face à situação inusitada ocorrida, optou-se em trabalhar de forma independente, sem envolvimento direto de nenhuma instituição. Foram efetuados convites informais e formais a diversos profissionais da equipe de Enfermagem. O local foi franqueado pela



diretora de uma instituição de ensino médio profissionalizante, CEPROVI – Centro Profissionalizante Vida.

Os **sujeitos** participantes da prática assistencial, assim como do estudo proposto, foram seres humanos trabalhadores de Enfermagem – Enfermeiras, Técnicas e Auxiliares de Enfermagem – atuantes em diferentes esferas da Enfermagem, bem como em instituições públicas e privadas de saúde. Segundo Beck, Gonzáles e Leopardi (apud Leopardi et al., 2001, p.335), de acordo com a Resolução 196/96, **sujeito(s) da pesquisa** é/são o(s) participante(s) pesquisado(s), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, sendo vedada qualquer forma de remuneração.

Inicialmente, foi realizado convite informal para cerca de 30 trabalhadores de Enfermagem – Enfermeiros(as), Técnicos(as) e Auxiliares de Enfermagem, homens e mulheres, atuantes em diferentes áreas e instituições de saúde e, posteriormente, distribuídos convites formais – Anexo número 04. Aceitaram o convite 15 pessoas, curiosamente, todas do sexo feminino. Quanto às oficinas, compareceram 09 pessoas.

Responderam ao questionário-entrevista, 15 participantes, sendo 09 Enfermeiras, 05 Técnicas de Enfermagem e 01 Auxiliar de Enfermagem.

Em relação à participação das oficinas, participaram um total de 09 participantes, todas do sexo feminino, sendo 06 Enfermeiras, 02 Técnicas de Enfermagem e 01 Auxiliar de Enfermagem. O número de participantes variou em cada encontro, tendo em média 06 participantes por oficina.

Das 06 Enfermeiras, 02 atuam no âmbito da Enfermagem Médico-cirúrgica (adulto), sendo que 01 Enfermeira atua em Unidade de Emergência de Adultos e 01 Enfermeira atua na esfera de Radiodiagnóstico; 01 Enfermeira atua como autônoma na esfera da Enfermagem Domiciliar, 01 Enfermeira atua na área de Saúde Mental e 02 Enfermeiras que atuam no âmbito do Ensino, sendo 01 Enfermeira no Ensino Médio e 01 Enfermeira no Ensino Superior. Das 06 Enfermeiras, 05 eram Mestrandas em Enfermagem e 01 Doutoranda em Enfermagem.

Ambas as Técnicas de Enfermagem participantes atuam em Enfermagem na Saúde do Adulto, sendo 01 na esfera da Emergência geral e 01 na esfera da Saúde da Mulher. Importante salientar que uma das participantes Técnica de Enfermagem é aluna de curso de Graduação em Enfermagem (8ª fase).

A única Auxiliar de Enfermagem que participou, no momento, não está atuando na Enfermagem, mas já trabalhou como Atendente de Enfermagem na área de Saúde Mental, em uma instituição de natureza psiquiátrica.

Quanto ao tempo de atuação na Enfermagem por parte das participantes, o tempo mínimo foi de 08 meses e o tempo máximo foi de 25 anos (a participante em questão ainda encontra-se atuando dentro da Enfermagem).

O local de desenvolvimento das oficinas educativas foi o CEPROVI – Centro Profissionalizante Vida, localizado à Rua Tenente Silveira, 111 – 4ª andar, na sala 405 – Centro - município de Florianópolis. A referida instituição foi criada em 2000 e possui curso Técnico de Enfermagem, além de manter outros cursos profissionalizantes como o curso de Instrumentação Cirúrgica. A solicitação de cessão do espaço foi formalizada através de **solicitação escrita** (anexo 05).

Nas oficinas foram utilizados como recursos didáticos o gravador, o retroprojeter, folhas de transparências, a máquina fotográfica, o aparelho de som, folhas de papel pardo e canetas coloridas. As participantes, através do consentimento livre esclarecido e da conversa informal, tomaram ciência da utilização do gravador e da máquina fotográfica durante os encontros.

Visando garantir sigilo e anonimato das participantes, e acatando sugestão de algumas participantes, optou-se por denominá-las por pseudônimos com nomes de aves. As aves representam a perspectiva de um trabalho em equipe, uma construção ou vôo coletivo, a união do grupo, fundamentais no processo de trabalho e de cuidado em Enfermagem, a liberdade de direcionar novos rumos e possibilidades.

### 4.3.2 As participantes

**Quadro 1** - Participantes do estudo, pseudônimo, categoria profissional, área de atuação.

Pseudônimo	Categoria Profissional	Área de Atuação
Águia	Enfermeira	Ensino médio
Albatroz	Técnica de Enfermagem	Assistência: Saúde do Adulto
Andorinha	Técnica de Enfermagem	Assistência: Saúde do Adulto
Beja Flor	Enfermeira	Assistência: Saúde do Adulto
Bem-te-vi	Enfermeira	Ensino Superior
Canário	Enfermeira	Assistência: Saúde mental
Cisne	Enfermeira	Ensino Superior
Condor	Enfermeira	Autônoma
Cotovia	Técnica de Enfermagem	Assistência: Saúde do Adulto
Flamingo	Técnica de Enfermagem	Assistência: Saúde da criança
Gaiivota	Enfermeira	Assistência: Saúde Mental
Pardal	Enfermeira	Assistência: Saúde do Adulto
Rouxinol	Auxiliar de Enfermagem	Assistência: Saúde mental
Uirapuru	Enfermeira	Assistência: Saúde do Adulto
Tuiuiú	Técnica de Enfermagem e Aluna de Graduação de Enfermagem	Assistência: Saúde da Mulher

### 4.3.3. Coleta de dados

Existem diferentes estratégias para coleta de informações ou coleta de dados. As finalidades destas estratégias, basicamente, são a produção de construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o progresso da saúde dos informantes pela prática assistencial.

Todos estes passos foram realizados de modo a respeitar os **princípios e aspectos éticos** inerentes à pesquisa científica e atendendo à **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**<sup>3</sup>-

<sup>3</sup> **Resolução No 196/96 sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde.

Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos) do Ministério da Saúde.

Beck; Gonzáles; Leopardi (apud LEOPARDI et al, 2001) destacam um dos diversos aspectos importantes desta resolução: o **Consentimento Livre e Esclarecido**, descrita no item II.11 da Resolução 196/96:

[...] a anuência do sujeito da pesquisa e/ou do seu representante legal, livre de vícios, simulação, fraude ou erro, dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa (BECK; GONZÁLES; LEOPARDI apud LEOPARDI et al, 2001, p.335).

Sendo assim, as participantes deste estudo, tanto aquelas que responderam o questionário como aquelas que participaram das oficinas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo assim à Resolução no 196/96 que versa sobre o consentimento livre e esclarecido, bem como os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos (Anexo 01). Não houve recusa por parte de nenhuma das participantes em assinar o documento, nem quanto à utilização de gravador e máquina fotográfica durante a realização das oficinas.

A **coleta de dados** do presente estudo se processou através de duas etapas distintas:

Inicialmente, as participantes foram informadas verbalmente e também por escrito acerca do estudo, seus objetivos e etapas. Foram-lhes assegurados os princípios do sigilo e do anonimato.

A princípio, pretendia-se realizar entrevista gravada, entretanto, como se trata de uma temática um tanto polêmica e visando proporcionar maior privacidade aos sujeitos participantes, optei em realizá-la na forma de um questionário escrito, constante no anexo 02, sem identificar o participante pelo nome, apenas pela categoria profissional, sexo e tempo de atuação na Enfermagem.

Processando a primeira fase da coleta de dados, foi aplicado um **questionário escrito** para garantir o anonimato e evitar constrangimentos nas respostas, pois, algumas questões envolviam experiências pessoais familiares e profissionais acerca da violência : importante lembrar que não havia a obrigatoriedade de resposta a essas questões, o participante só

respondia se realmente sentisse liberdade para fazê-lo. Somente a entrevistadora teve acesso aos questionários e a mesma realizou a categorização e análise das respostas.

Esta técnica foi utilizada na primeira etapa da prática assistencial no sentido de conhecer os significados acerca da violência por parte de cada trabalhadora. Após a devolução dos questionários, respondido por todas as participantes, procedeu-se à realização da categorização e da análise dos dados iniciais obtidos.

Após a primeira etapa, e também tendo já obtido informações partindo da análise dos questionários, partiu-se para a realização de **oficinas educativas**. Estavam previstas cinco oficinas educativas, desenvolvidas em horário mais convenientes para ambas as partes (equipe de trabalhadores de Enfermagem e mestrandas), com a duração prevista de 1 hora e 30 minutos, porém, em razão do fator tempo, só foram realizadas três oficinas, sendo que a última oficina teve a duração de 03 horas, dada a empolgação das participantes.

O processo educativo se processou em três etapas distintas:

- **Primeira etapa - Conhecendo as percepções e os significados sobre violência por parte das Trabalhadoras de Enfermagem:**

Neste momento, através da aplicação de um questionário contendo oito perguntas, todas abertas, obtendo-se a percepção dos pontos de vista, conceitos, experiências, conhecimentos e reflexões destas trabalhadoras acerca da violência: foi o momento de identificação e de conhecimento dos significados sobre a violência. Estes questionários foram lidos e analisados, conforme descrição no item 4.3.4.

Após este primeiro momento, combinou-se com as participantes as datas e horários mais apropriados para a maioria, sendo, então, agendadas as oficinas no CEPROVI, local este franqueado para a realização das oficinas e de excelente acesso. Cada participante recebeu um **convite**, como consta no anexo 03.

- **Segunda etapa – Sistematização da prática educativa:**

A sistematização da prática educativa se processou com base na problematização, com conteúdos geradores trazidos pelas participantes trabalhadoras de Enfermagem. Neste momento, através da realização de oficinas de sensibilização.

▪ **Terceira etapa – instrumentalizando as trabalhadoras:**

Através de oficinas, foi realizada a instrumentalização das trabalhadoras de Enfermagem para o enfrentamento e cuidado das vítimas de violência, bem como na prevenção da violência no processo trabalho/cuidado de Enfermagem.

Os conteúdos geradores foram trazidos pelos elementos participantes e sujeitos deste estudo, ou seja, as trabalhadoras da Enfermagem. Ocorreram momentos de reflexão, quando as participantes analisaram situações vivenciadas e lembraram seu cotidiano de trabalho, propiciando uma atuação independente e assertiva, além da conscientização de um cuidado humanitário.

Ao se tomar a prática educativa em saúde sob a ótica de processo de trabalho/cuidado em Enfermagem, evidencia-se que saúde e educação consistem em práticas sociais articuladas.

O objetivo central da proposta educativa através das oficinas, além da integração das participantes, foi a construção de um processo de instrumentalização de trabalho/cuidado humano e ético, e que poderá auxiliar estes participantes no enfrentamento da violência em suas diferentes nuances.

As oficinas se processaram através da construção coletiva do conhecimento, com momentos de reflexão por parte das participantes e a fim de nortear a realização das oficinas educativas, elaborou-se um roteiro com os seguintes tópicos:

- Compreendendo a violência;
- Identificando as diferentes nuances da violência;
- Refletindo a violência do (des)cuidado de Enfermagem e no cotidiano do trabalho da Enfermagem (Existe violência no processo de trabalho/cuidado de Enfermagem? Em quais as situações que você consegue identificar a existência deste evento? Quais as implicações do (des)cuidado para a profissão?);
- Construindo um conceito coletivo de (des)cuidado de Enfermagem;
- Buscando a prevenção do (des)cuidado.

Antes de iniciarmos cada oficina, ocorriam momentos informais, através de conversas e do lanche (água, café e bolachas doce e salgada), o que contribuiu para estreitar a união do grupo. Cada nova participante era apresentada tão logo chegasse ao local e recebida com

alegria por todas. O lanche circulava livremente durante as oficinas, deixando todas à vontade. O clima era de total descontração, o que muito facilitou o transcurso das oficinas. Cada uma das participantes recebeu uma **declaração** de participação das oficinas, conforme encontra-se no anexo 04, assinadas pela autora deste estudo e por sua orientadora.

#### ***4.3.4. Análise dos dados:***

Para análise dos dados, primeiramente, foram realizadas leituras detalhadas e repetidas de cada questionário, identificando cada um com o pseudônimo escolhido. Convém ressaltar que todos os questionários foram devolvidos e devidamente respondidos, garantindo cem por cento de colaboração das participantes.

Em cada questionário, solicitou-se para que cada participante colocasse a respectiva categoria profissional de Enfermagem pertencente, o sexo, o tempo de atuação na Enfermagem e a natureza da atuação na Enfermagem – ensino, assistência, etc. No caso de resposta cuja natureza de atividade assistencial, cada participante declarou a área em que atuava: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, domicílio, saúde mental, centro cirúrgico, emergência de adultos, etc.

Os **três primeiros questionamentos** eram de respostas subjetivas, pois, abordavam sobre compreensão, significados, sentimentos e percepções acerca da violência.

O **quarto questionamento** referia-se às formas identificadas ou conhecimentos acerca de violência.

Os **questionamentos de números cinco, seis e sete, respectivamente,** constituíram-se de relatos pessoais de situações consideradas violentas nas esferas pessoal, familiar, profissional e/ou institucional. Foi feita a ressalva de que só fosse relatada em caso da participante sentir-se à vontade foi realizada em virtude de não ser fácil para muitos indivíduos revelarem estas experiências, pois, muitas vezes elas são penosas, e capazes de resgatar passados violentos adormecidos. Por isso mesmo que nem todas as participantes do questionário relataram experiências relacionadas a situações de violências pessoal, intrafamiliar e/ou institucional, porém, houve cem por cento de respostas afirmativas relativas a vivências e/ou experiências das violências questionadas.

A seguir, efetuou-se a categorização das respostas de questionamentos acerca de sentimentos, expressões e significados, classificando-as em grupos. Em relação às questões cujas respostas eram definições ou relatos de experiências, foi realizada a identificação de

cada resposta com o pseudônimo correspondente, realizada leitura e reflexão de cada relato. Assim, obteve-se a percepção, significado e compreensão de violência de cada participante.

Um aspecto constatado importante e de gravidade: no questionamento de número cinco, onde perguntava-se a cada participante se *já havia presenciado alguma cena de violência intrafamiliar*, isto é, dentro da família, percebeu-se a **resposta afirmativa** em treze dos quinze questionários, confirmando a idéia da ocorrência da violência doméstica em dimensões preocupantes.

E foi justamente neste questionamento onde percebeu-se a maior dificuldade de se fornecer relatos por parte das participantes: muitas comentaram posteriormente que as situações vivenciadas foram extremamente traumáticas e por esta razão, não se sentiram à vontade em detalhar os fatos.



## 5 A VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DAS TRABALHADORAS

### 5.1 Buscando a compreensão inicial dos significados acerca da violência:

Existem diversas compreensões, interpretações, imagens e significados para todos os seres humanos acerca dos mais variados fenômenos existentes. Em relação ao fenômeno da violência este fato é consistente, o que pode ser observado e constatado, tanto através de depoimentos e entrevistas de autoridades no assunto, como também de depoimentos expressos nos questionários deste estudo.

Num movimento de aproximação com a **violência**, Odalia (1985) afirma que a violência no mundo de hoje é tão entranhada no dia-a-dia que pensar e agir em função dela já não consiste em circunstância, mas transformou-se numa forma de ver e de viver o mundo do ser humano.

Constata-se também que cada ser humano a encara sob uma ótica pessoal, fato observado através tanto nas respostas dos questionários, como durante a exposição de cada participante e do grupo, ou seja, no que tange ao fenômeno da violência, uma representação expressa pelos sujeitos faz referência a diversas imagens ou significados.

Um dos principais temas emergentes diz respeito às **formas de limitação** impostas ao outro, em que **direitos são negados, possibilidades restringidas**, incluindo **questões de acesso, justiça e respeito**, ou a **imposição da vontade de um sobre outro**. Como expressa Prado (1998, p.34), um ato pode ou não ser violento dependendo da privação que ele impõe, sem depender da intencionalidade. O sentido de **privação** se faz traduzido nas falas:

*[...] Violência é tudo que retira do ser humano sua liberdade de escolher, de decisão, especialmente no que diz respeito a sua vida individual, o que é social (Beija-Flor)*

*[...] qualquer atitude, ato, expressão verbal ou não verbal, gestos que seja destinado a coerção, a coibir atitudes e a liberdade de outras pessoas (Bem-te-vi)*

*[...] É a invasão do espaço de ser e estar do outro, é pressionar, acuar o outro (Uirapuru).*

*[...] violência é tudo aquilo que me limita a fazer algo que acredito ser certo, é não ter acesso ao lazer, à educação, trabalho, alimentação [...] é tudo aquilo que inibe o desenvolvimento normal do ser humano e da natureza (Águia)*

Outra idéia detectada foi a visão/ percepção da violência expressa em palavras como: **maus tratos, agressão física, moral, psicológica**, as quais aparecem freqüentemente nas falas, evidenciando aquilo que Chauí conceitua violência como **violação da integridade física e psíquica da dignidade humana** de um ser:

*[...] Violência é quando qualquer ser humano é agredido mesmo com palavras (malcriadas), o jeito como o paciente é tratado, por exemplo, não realizar higiene e conforto, não realizar mudanças de decúbito, a má vontade do profissional em realizar qualquer procedimento (Albatroz).*

É de suma importância atentar para aspectos evidenciados nestes significados citados, como a **desigualdade nas relações, as diferenças de poder e o uso da força, coerção ou manipulação** : este aspecto reforça o conceito de Chauí, adotado como referencial para este estudo:

*[...] a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior; [...] a ação que trata um ser humano, não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência” (Chauí apud Azevedo e Guerra, 2001, p.08). A violência, neste caso, é compreendida como uma relação assimétrica de poder, com fins de **dominação, exploração e opressão**.*

*[...] Violência é qualquer atitude, ato, expressão verbal ou não verbal, gestos que sejam destinados à coerção, a coibir atitudes e a liberdade de outras pessoas” (Bem-te-vi).*

*[...] Violência é a invasão em todos os sentidos do ser humano (Flamingo);*

*[...] Violência moral é aquela em que o sujeito sofre pressão de seu “dominador”, que o inferioriza em relação aos outros; por exemplo: professor quando compara a capacidade do fulano em detrimento a do ciclano, que ele é burro mesmo e por isso não aprende, ora veja como o fulano é inteligente, isso é que é ser bom aluno (Condor).*

A violência também pode ser compreendida onde um **ocupa o lugar do outro**, porém, algumas vezes numa visão mitificada de oposição entre duas faces de uma relação: a face de alguém que detêm o poder e pratica o ato violento e a face de alguém que está à mercê da violência, ou seja, que se mostra **frágil e desprotegido em relação a outro**. Na prática, entretanto, nem sempre é assim, pois uma fragilidade circunstancial não pode ser pensada como uma fragilidade personificada, como por exemplo, um cliente hospitalizado que naquela situação encontra-se “fragilizado pela doença e hospitalização”, entretanto não é um ser humano impotente, frágil e incapaz, mas sim um cidadão com competência, direitos, deveres e capacidades, inclusive de defesa quando sente-se violado.

*[...] Violência é tudo aquilo que praticamos contra pessoas indefesas, seja com palavras ou agredindo o próprio indivíduo fisicamente (**Rouxinol**)*

*[...] É tudo aquilo que nos causa trauma, seja este: físico, moral, psicológico e espiritual, impedindo assim o nosso direito de exercer a cidadania (**Tuiuiu**).*

*[...] Constantemente somos violentados como, por exemplo, posso citar discussões verbais quando não se respeita o direito do outro (**Águia**).*

A violência adquire, nesta análise, uma forte relação com o **desrespeito à dignidade humana**. A ditadura militar no Brasil foi um exemplo expressivo de violência à dignidade e humanidade do povo, sob coerção e emprego de torturas de naturezas diversas (física não fatal e física fatal, psicológica, sexual, de negligência e mesmo de poder do Estado). Tanto a **humanidade** como a **dignidade** constituem **valores** éticos, morais e legais a serem preservados, como “substância” humana que, portanto, não pode ser negada ou retirada.

*[...] Qualquer ato que não condiz com a dignidade humana (**Canário**)*

*[...] Violência é todo ato infringido contra alguém na forma de força física, palavras ou gestos que resultam na destruição da dignidade, integridade e subjugação do outro (**Cisne**).*

*[...] Violência é qualquer ato, ação que visa prejudicar ou causar dano à pessoa ou outro ser vivo ou, ainda, dano a um objeto. Violência pode ser entendida como uma ação consciente ou não, muitas vezes, a violência decorre de um estado de sofrimento mental, cujo ato, naquele instante, foi resultante de um agravo psíquico, considerando como uma violência não consciente do praticante (**Condor**).*

Percebe-se que a violência é um termo complexo, polissêmico, com diversas e diferentes interpretações. Comumente, verifica-se a correlação da violência com os termos **agressão, trauma, ausência de liberdade, poder, violência através de palavras e gestos**, com referência direta ao ser indefeso que é envolvido nesta situação específica.

[...] *Violência é tudo que **retira do ser humano sua liberdade** de escolha, de decisão, especialmente no que diz respeito a sua vida individual, o que não é social (**Beija-Flor**)*

Quando questionadas acerca de **possíveis sinônimos de violência**, as respostas mais frequentes foram **agressão** e **trauma**:

[...] *É tudo aquilo que nos causa **trauma**, seja este: físico, moral, psicológico e espiritual, impedindo assim o nosso direito de exercer a cidadania (**Tuiuiu**).*

[...] *Violência é tudo aquilo que praticamos contra pessoas indefesas, seja com palavras ou **agredindo** o próprio indivíduo fisicamente (**Rouxinol**).*

Outras palavras apareceram tais como:

[...] *omissão, desprezo, descaso, racismo, abandono, abuso de poder (**Tuiuiu**).*

[...] *maus tratos, abusos de qualquer forma (**Cisne**).*

[...] *Covardia, hipocrisia(**Condor**).*

[...] *Destruição, maldade, ignorância, incompreensão (**Águia**).*

A violência representa, de fato, privação, dominação, imposição, desigualdade, uso abusivo de poderes, opressão, dominação com finalidade de subjugação, cerceamento de direitos e da própria liberdade, o não acesso, a desintegração física, social, psicológica e espiritual, a aparente fragilidade, a ausência de empatia, solidariedade, humanidade, dignidade e não somente agressão ou maus tratos (palavra esta que precisa ser revista pelo fato de juridicamente não existir trato bom ou mau). Ainda, a violência representa a transgressão da Ética:

[...] *Violência é tudo que atua, age contra a Ética (**Gaivota**)*

Os **desenhos** também constituem formas de representação da realidade. Algumas participantes utilizaram-se de desenhos para expressar suas percepções e significados em relação ao fenômeno da violência. Uma das participantes traduziu suas representações sociais acerca da violência através do desenho de uma mão: segundo interpretação da participante, a mão simboliza o instrumento capaz de cometer diferentes formas de violência, a mão que é capaz de agredir o próximo, a mão que impõe, que proíbe, que limita, que ameaça, que contamina e que, ao mesmo tempo é capaz de cuidar, acariciar, acolher, afagar.

## 5.2 A violência no cotidiano do trabalho de enfermagem: as duas faces da mesma moeda

Buscando uma análise dos dados e uma melhor compreensão do objeto de estudo, inicialmente é importante constatar **duas faces da violência** percebida no processo de trabalho/cuidado de Enfermagem, pelos próprios trabalhadores, ao qual se denominou as duas faces de uma moeda, ou seja, a **face cara**, onde o trabalhador de Enfermagem é o **agente de violência**, aquele que impetra a violência, e a **face coroa**, onde este mesmo trabalhador é **receptor, sofredor, alvo de violência**, ou seja, **vítima**.

### 5.2.1 A face da coroa: o trabalhador de enfermagem enquanto vítima de violência

Ao mesmo tempo em que os trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem podem ser agentes causadores de violência através de um (des)cuidado, por outro lado, estes mesmos profissionais de saúde e trabalhadores de Enfermagem também são **receptores**, ou seja, **alvo de violência exercida**, tanto por parte de colegas da profissão, como de outros profissionais de Saúde e, ainda, por parte da instituição, acompanhantes de clientes, ou até mesmo, por parte dos próprios clientes.

*As pessoas (clientes e familiares) estão cada vez mais agressivas, sem paciência, não aceitam esperar, não aceitam conversar, levam as coisas de forma radical. Nós, profissionais da Enfermagem estamos sempre expostos a situações delicadas, pois somos o elo entre o paciente e os médicos (Flamingo).*

A **violência física por parte de clientes** pode ocorrer em relação ao profissional da Enfermagem, como observado no relato de **Cotovia**, por impaciência, demora no atendimento ou mesmo em situações aonde o cliente apresenta alterações de conduta.

*[...] uma vez apanhei de um paciente quando trabalhava numa Emergência, foi horrível, fiquei muito traumatizada e pedi transferência de setor [...] o paciente me bateu porque demorou para ser atendido na Emergência, que já é um lugar onde a demora no atendimento é comum, mas nós não temos culpa, afinal, temos uma barbaridade de pacientes para atender, medicar, etc, nunca mais vou trabalhar naquela Emergência, Deus me livre (Cotovia).*

Pires (apud Leopardi et al 1998, p.39) ao abordar o **trabalho da Enfermagem**, descreve que a Enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao cliente, em sua integralidade, isto é, como um todo. Historicamente, segundo esta autora, o trabalho da

Enfermagem possui dois campos de atividades: **cuidados e procedimentos assistenciais** e **administração da assistência de Enfermagem e do espaço assistencial**. A Enfermagem assume parte das necessidades do ser humano e isto representa uma parte de suas atividades, outras atividades aparecem como “problemas” que, segundo esta autora, são “cobrados” da Enfermagem, ou seja, a Enfermagem é “cobrada” pelos médicos, pelos clientes, pelos familiares e pela administração das instituições de saúde. Entretanto, o seu poder decisório é pequeno, dependendo de outros setores e as regras de funcionamento das instituições limitam suas possibilidades de ação.

Já em relação aos colegas de equipe de Enfermagem, existem violências exercidas através de controles rígidos, de atribuições de determinadas tarefas que não são condizentes com o perfil ou competência do profissional, como até mesmo delegação de tarefas consideradas absurdas, humilhações, censuras, represálias e recriminações indevidas e sob formas inadequadas (inclusive na frente de outros colegas de equipe de Enfermagem e/ou da equipe de Saúde). Todos estes aspectos delineados representam o que vem sendo chamado pelos franceses de **assédio moral no trabalho**, ou seja, não permitir que o ser humano trabalhador atue, trabalhe dentro de suas possibilidades reais. Assim, cobranças abusivas permeiam o cotidiano percebido como violento:

*[...] Na instituição onde trabalho algumas formas de violência são evidenciadas: violência no não cumprimento das normas pelas pessoas que ocupam os cargos mais elevados, porém com a exigência de que estas mesmas normas sejam cumpridas pelas pessoas subalternas (**Beija-Flor**).*

*[...] Discussão entre supervisor e pessoal de Enfermagem devido a problemas de horário, assinatura de ponto (**Bem-te-vi**).*

Os trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem constituem a categoria que recebe a maior carga de cobranças, principalmente da classe médica (como se a equipe de Enfermagem fosse uma espécie de “serviçal” da equipe médica):

*[...] No meu trabalho sou cobrada constantemente, parece que só a Enfermeira tem tarefas e responsabilidades, o clima de cobrança é muito forte (**Pardal**).*

Em relação ao questionamento quanto as participantes já terem presenciado alguma forma de violência na instituição/ local de trabalho, foram cem por cento unânimes em declarar que já haviam e que continuavam a presenciar fatos considerados violentos.

*[...] Sim. Quando um acompanhante pediu humildemente para ficar na instituição onde sua esposa estava internada, alegando morar longe e*

*aquela hora da madrugada (eram 03:00 horas) não havia mais como se deslocar. A pessoas para quem suplicou, lhe disse com voz alta e arrogante: "isto aqui não é hotel, bem ali próximo tem moto-táxi, é só pegar e ir embora! (Tuiuiu).*

*[...] Presenciei muitas situações, só que já faz tempo. Na época já não concordava mas não conhecia como violência [...] fazer um paciente manter o membro inferior elevado mais tempo que o necessário, para divertimento do servidor. Ouvi relato de uma colega nossa não ter podido entrar nem para cumprimentar o marido que se acidentara e estava com os olhos edemaciados (fechados), impedido de se auto-cuidar, baseado na argumentação de que "se a senhora é Enfermeira, mais uma razão para saber que não dá para entrar fora de hora da visita – segundo a observação da participante, este fato ocorreu num sábado no período da tarde (Cisne).*

Em relação ao último depoimento, as manifestações evocaram novamente as discrepantes diferenças de poder, quando denunciam razões pelas quais médicos possuem livre acesso às dependências de quaisquer instituições, mesmo quando são considerados visitantes, enquanto que os/as profissionais da Enfermagem precisam penar, implorar para poder entrar.

Pessoalmente, a autora deste estudo foi vítima desta violência por três vezes, sendo a última vez em uma instituição hospitalar de ensino, aonde inclusive já havia atuado tanto como Enfermeira, bem como Docente Substituta. Na ocasião, o seu avô encontrava-se naquela unidade de Emergência de Adultos, após ter sofrido uma queda com conseqüências sérias. Ao entrar naquela unidade, a colega Enfermeira, de forma ríspida, autoritária, deselegante, anti-ética e infantil dirigiu-se para esta autora e disse: *saia daqui, só pode ficar uma pessoa acompanhante, de preferência a esposa*. Mesmo tendo se identificado como profissional e docente, a colega, mostrou-se irredutível: *aqui, você é visita, uma mera acompanhante*. Este fato marcou a autora profundamente, que questionou à Direção de Enfermagem daquela instituição a postura daquela colega, exigindo, inclusive as providências cabíveis, pois, nos regimentos das Universidades existe caracterizado como indisciplina e passível de punição o desrespeito ao docente. Outro fato lamentável: quando se dirigia para a saída, a autora ouviu comentários de que ninguém suportava aquela colega, designando-a de antipática e de "general" ("Lá vem a general, o pessoal daqui e os próprios pacientes tem pavor dela", comentou o segurança).

No Mestrado, uma colega também relatou a violência que sofreu ao ser impedida de permanecer como acompanhante de sua mãe, que sofrera um grave problema de saúde. Só conseguiu entrar como acompanhante, posteriormente, pelo fato de ser casada com um

médico. Esta vivência pessoal inclusive a inspirou na escolha do tema de sua Dissertação de Mestrado.

Um outro depoimento pessoal: quando a autora deste estudo ingressou em determinada instituição hospitalar, que foi o seu segundo emprego, não houve nenhuma consideração com sua formação profissional, sendo designada por imposição para trabalhar em uma área que não gostava, nem tinha experiência e muito menos afinidade, o que gerou intenso sofrimento profissional e, principalmente, pessoal, o que por pouco não gerou o abandono da profissão. Na referida instituição, não havia diálogo, só ordens e imposição, um clima de perseguição, uma autêntica ditadura. A chefia de Enfermagem impunha suas normas, dizia que se quisesse o “emprego”, teria que trabalhar aonde ela (a chefia) determinasse. A saída encontrada foi a solicitação de transferência para outra instituição, para não jogar fora um concurso realizado com sacrifício, o que representou a realização, satisfação e valorização pessoal e profissional.

Historicamente, a divisão de trabalho se deu em razão de transformações da prática e do saber médicos, ficando, em princípio, as funções consideradas intelectuais de exercício exclusivo destes profissionais, mantendo-os como dominantes e determinantes no processo de trabalho. Pires (1998) observa que desde que assume o caráter de trabalho profissional, a Enfermagem desenvolveu-se na forma de trabalho assalariado, sendo que no Brasil a Enfermagem liberal e autônoma ainda é considerada inexpressiva. Dentro das instituições, o trabalho da Enfermagem possui certa autonomia, mas sofre os constrangimentos impostos pelas regras, pela Legislação de Saúde e em relação ao exercício profissional do campo da saúde. Talvez o parágrafo anterior contenha algumas razões capazes de esclarecer o porquê que, dentre todas as categorias da equipe de Saúde, é a categoria médica aquela que mais exerce violência sobre a equipe de Enfermagem, através de diferentes formas, tais como o exercício de dominação, saber e poder, da hegemonia da classe médica e, recentemente, através de liminares na tentativa de impedir o exercício de determinadas “funções” consideradas “**exclusivas**” da Medicina.

Dois exemplos recentes das lutas pela manutenção e ampliação da hegemonia médica no saber e práticas de saúde, que representam tentativas abusivas de respaldo legal ao exercício de poder médico e, também, a banalização do conhecimento da Enfermagem ou outros profissionais: o primeiro, uma liminar expedida pelo Conselho Regional de Medicina do estado do Paraná em 2001, tentava impedir a realização de partos normais por Enfermeiras Obstetras, alegando que parto é procedimento médico; por outro lado, está mais que



comprovado que justamente são os médicos os principais agentes das taxas elevadas de partos cesáreos no Brasil.; A liminar foi anulada. O fato foi denunciado e noticiado pela Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras ( ABENFO).

O segundo exemplo foi noticiado no Informativo do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, de número 13, edição de Maio de 2002, onde na página 08, com o título “*Fez-se justiça*”! , o Juíz Tourinho Neto, do Tribunal Regional Federal – 1ª Região, anulou a liminar concedida ao Conselho Regional de Medicina, a qual reconhecia a Medicina como sendo a única categoria profissional da área da Saúde autorizada a praticar a Acupuntura.

Com esta anulação, a Resolução COFEN 197/97, que diz que é legal a prática da Acupuntura pela Enfermagem, voltou a vigorar. Vale lembrar que para exercer tanto a Acupuntura, como outras terapias consideradas alternativas, os profissionais obrigatoriamente necessitam realizar cursos de pós-graduação/especialização, que não são acessíveis a todos, inclusive pelo alto custo dos mesmos. A banalização dos saberes e do conhecimento dos demais profissionais da Saúde é tão evidente que, inclusive chegou a ser veiculado pela mídia “outdoor” contendo provocações como esta “ [...] *O meu acupunturista é médico! E o seu?*”

Longe de afirmar a existência de uma espécie de guerra entre Medicina e Enfermagem, cabe apenas reconhecer a violência nas relações de trabalho, evidenciada por acontecimentos do cotidiano, onde uma maior proximidade e complementaridade de ações dos profissionais de Enfermagem e Medicina favorecem maiores confrontos.

Sabe-se que todas as profissões possuem ações consideradas privativas daquela área, porém, existem ações que podem ser desempenhadas por outros profissionais. Não há nenhuma justificativa científica ou legal que respalde a exclusividade de médicos ocuparem cargos de direção de instituição hospitalar. Mas na prática, os diretores(as) de instituições hospitalares brasileiras ainda, em sua maioria, são médicos(as). Hoje, aqui no município de Florianópolis, tem-se o exemplo de uma colega Enfermeira que dirige com competência uma instituição hospitalar que é referência estadual na esfera da Saúde da Mulher. O que na verdade transparece é que a Medicina não deseja que outros profissionais de nível superior desempenhem determinadas ações, com medo evidente de “perder o espaço e o poder”, sendo este fato constatado e evidenciado através de liminares no sentido de impedir o exercício de determinadas ações, alegando que é ação privativa da Medicina. O exemplo da prática da

Acupuntura ainda está em pauta, as publicações recentes de Medicina (Sindicatos, Associações, etc) evidenciam que a classe não desistiu da luta de fazê-la uma prática restrita à categoria médica.

Também não existe nenhuma razão técnica para justificar o fato de que Ministro da Saúde tem que ser médico. Pessoalmente, a autora do estudo questiona as razões pelas quais nenhum profissional Enfermeiro/ Enfermeira ainda não conquistou este espaço. O Brasil teve recentemente um Ministro da Saúde que era, na verdade, economista e político. Fica a pergunta: Por quê as Enfermeiras e Enfermeiros ainda não conquistaram este espaço?

Ribeiro (1998) mostra na observação a seguir a violência cometida contra uma profissional Enfermeira, feita por uma médica visitante, através de **comentário irônico e desrespeitoso**:

[...] A médica visitante passa visita a cinco crianças em cinco minutos. Retorna ao posto de enfermagem e, ironicamente, pergunta às auxiliares: “-Tem chefe aqui ainda?”, referindo-se à enfermeira-chefe (RIBEIRO, 1998, p.65).

Nas falas do presente estudo também evidenciou-se a ausência de reconhecimento do trabalho de Enfermagem e o desrespeito ao profissional.

[...] A Enfermagem e, sobretudo, a Enfermeira muitas vezes é alvo de piadinhas, comentários irônicos, sem a menor graça. Isto dói na gente porque procuramos trabalhar com seriedade (**Pardal**).

[...] Estou farta de tanta falta de respeito, parece que nós da Enfermagem somos “pau para toda obra e serviços (**Cotovia**).

Assim, faz-se uma ponte para abordar uma outra nuance dentro da violência no cotidiano de trabalho: as condições e características do trabalho da Enfermagem.

Alves (2000) realiza uma importante abordagem sobre o que consiste o trabalho em Enfermagem. Na concepção desta autora, falar de trabalho na Enfermagem é falar de condições de trabalho, que implica em longas jornadas, no trabalho em turnos desgastantes, como o noturno, domingos e feriados, no sistema de rodízio; em acidentes; em doenças; em multiplicidade e acúmulo de funções; na separação entre o trabalho intelectual e manual; no controle por parte das chefias, entre outros aspectos.

A autora afirma que o trabalho na saúde e na Enfermagem representa um trabalho de risco, revestido de características especiais em razão do enfrentamento cotidiano de situações críticas de vida e de morte, além do contínuo desgaste que destrói as energias físicas e mentais

destes trabalhadores. A mesma autora, com base no referencial de Marx, coloca de forma clara e real que o trabalho de Enfermagem dentro da sociedade brasileira se caracteriza por ser assalariado, antagônico e alienado, considerando a segmentação do mercado de trabalho.

Os salários são irrisórios, principalmente pelo fato da profissão ainda ser exercida predominantemente pelas mulheres. O trabalho é caracterizado como sendo assalariado em razão de se desenvolver dentro das relações de produção capitalistas, ou seja, o trabalho em Enfermagem é uma mercadoria vendida forçosamente aos proprietários dos meios de produção: em troca desta mercadoria, os trabalhadores recebem salário correspondente a determinado tempo e/ou tarefa. Isto implica em que a forma social dominante do trabalho em Enfermagem seja o assalariamento.

O trabalho é antagônico pelo simples fato de, ao mesmo tempo que cuida de outros sofre o desgaste intenso, em que, sobretudo as trabalhadoras, têm a dupla, tripla e/ou quádrupla jornada de trabalho (trabalho em Enfermagem, trabalho de cuidar da sua própria família, trabalho doméstico, etc). Assim, Alves frisa que:

[...] nas condições em que o trabalho de Enfermagem tem sido realizado, vem se transformando em forma contínua de desgaste e destruição do principal bem que dispõem os trabalhadores da enfermagem: energias físicas e mentais. Assim, ele é também um processo de consumo de força de trabalho porque, para sobreviver, a quase totalidade dos trabalhadores parciais da enfermagem é obrigada a vender a sua mercadoria pela mercadoria capitalista – o dinheiro representado pelo salário real e/ou nominal (ALVES, 2000, p.21).

- Durante a realização das oficinas educativas, as participantes apontaram para as principais formas de violência no cotidiano do processo de trabalho da Enfermagem:
- **Competitividade profissional** – A competitividade gera violência entre os profissionais, desvalorização do trabalho do(a)s colega(s), desmotivação e desintegração do espírito do trabalho em equipe, fundamental no exercício da Enfermagem.
- **Instituição X Trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem** – Existe, segundo as participantes, uma competitividade entre a instituição de saúde e os trabalhadores de Enfermagem, que representam a maior parte da mão-de-obra desta mesma instituição. Quem produz mais, ganha mais, quem dá mais plantões, ganha mais (sem considerar o desgaste do profissional), não há valorização do trabalhador, apesar de todos os sacrifícios impostos.

- ***Violência iniciada no processo de formação profissional*** – A colocação das participantes, muitas com tempo de conclusão de curso superior há dez anos, evidenciou que durante o processo de formação do profissional de Enfermagem, muitas são as violências exercidas sobre o(a) futuro(a) profissional: cobranças em excesso, expectativas irreais quanto ao aluno, obrigatoriedade de realizar determinados procedimentos sem que esteja em condições de fazê-lo (inclui condições psicológicas), os mitos de comportamento, os ritos de apresentação e postura incluindo cabelo e uniformes, o mito da obediência cega às normas, o(a) aluno(a) não podia questionar absolutamente nada, não podia ter senso crítico (o senso crítico era sinônimo de indisciplina). Um fato apontado foi o das atuais mudanças no processo de formação, sendo que quanto mais antigo (mais tempo de formada) o período de graduação, particularmente se tratando de Enfermeiras, mais violento se caracterizou o processo de formação profissional.
- ***Banalização do cuidado*** – O cuidado rotineiro, sem fundamentação, desumanizado, caracterizado como “um fazer para dar conta, cumprir obrigação”, foram apontados pelas participantes como o princípio do (des)cuidado.

Também Pires (1998) traz importantes contribuições em relação ao cotidiano de trabalho em Saúde, analisando as condições de trabalho, não somente dos trabalhadores de Enfermagem, mas também de outras categorias da Saúde. Esta autora estudou dois hospitais, sendo um hospital de natureza privada, com 165 leitos, localizado na região Sudeste, e o outro hospital, de natureza pública, com 136 leitos, localizado na região Sul. O estudo concluiu, entre vários aspectos, que no hospital privado, a proporção trabalhador de Enfermagem/leito era mais favorável, assim como o salário, entretanto, o trabalhador de Enfermagem se desgastava mais em relação à jornada de trabalho, assim como era menos atendido em relação às reivindicações sociais.

Neste mesmo estudo, Pires observou questões relacionadas às condições de trabalho, tais como instalações para comodidade dos trabalhadores da Enfermagem, disponibilidade de equipamentos de proteção. A autora concluiu que no hospital estudado de natureza pública oferecia melhores condições em relação ao hospital estudado de natureza privada.

Deve-se salientar que os trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem sofrem **violência traduzida pelo desconforto e ausência de instalações adequadas**, incluindo instalações sanitárias, vestiários, ou mesmo a inexistência de área destinada ao descanso, pois,

afinal, quando um trabalhador da Enfermagem descansa, ainda que seja por um curto período, é capaz de desempenhar o processo trabalho/ cuidar/ cuidado com maior eficácia e com menor possibilidade de cometer erros e até mesmo o (des)cuidado, além de garantir um processo de viver saudável e com qualidade.

Observa-se em muitos hospitais lugares improvisados de forma inadequada para o descanso e repouso, pois vigora dentro destas instituições a cultura de que a Enfermagem não pode dormir. Também se constata a ausência de refeitórios, com improvisação de salas para lanche, que em verdade não servem apenas para lancha, mas sim para descanso, descontração, aliviar as tensões, ou mesmo para conversas informais. O depoimento de **Pardal** é o retrato fiel da **violência contra o trabalhador de Enfermagem em matéria de condições de local de trabalho**.

*[...] Violência no trabalho [...] ah! como isto existe! Aliás, as nossas condições de trabalho representam uma violência e elas estão simplesmente catastróficas! No hospital aonde trabalho, está tudo errado, uma verdadeira violência para o pobre, sofrido e sobrecarregado trabalhador da Enfermagem. Não temos um lugar para descansar, temos que dormir no chão da rouparia (é o único lugar que nos resta!) e trabalhar à noite é um desgaste tremendo! Muitos, como eu, trabalham em dois empregos: como vamos ficar sem descansar? Isto compromete a qualidade da assistência sim, pois, se estamos cansados, sem forças e energia, como vamos atender bem nossos pacientes? Por quê este mito infeliz de que a Enfermagem não tem direito a descanso? Ora, os médicos tem seu quarto de descanso, com direito à tv e nós, por quê não? E comer? Não temos direito às refeições, cada dia temos que comprar lanche, gastando o nosso mísero salário e nem local decente se tem para lancha [...] o banheiro está uma tragédia! Faz tempo em que as instalações do banheiro cheiram mal, necessitando de conserto mas falar já não resolve mais. Bem, este é o retrato das nossas reais condições de trabalho, associadas a uma remuneração incompatível com nossa responsabilidade de lidar com vidas! Será que alguém nunca pensou no conforto da equipe de Enfermagem? Será que um milagre algum dia vai acontecer? (Pardal).*

Alguns hospitais dispõem de refeitórios, porém, em algumas instituições, estes refeitórios mais se assemelham às instituições militares, ou seja, “hierarquizam” refeitórios para auxiliares, para nível médio e para pessoal de nível superior, promovendo a desigualdade e o desrespeito ao ser humano, transparecendo uma humilhação. Por outro lado, muitos hospitais preferem pagar auxílio alimentação em forma de vales, ou em dinheiro incorporado ao salário, aos seus funcionários a fornecerem alimentação para os mesmos. Os valores pagos em dinheiro ou vale são considerados defasados e irrisórios. Existe ainda a falta de consideração em relação às chamadas datas especiais e/ou festivas, mas nem assim a qualidade da alimentação melhora:

*[...] As refeições de que os funcionários tinham direito, principalmente aos sábados/ domingos e feriados, Natal, Páscoa, Ano Novo, datas tão especiais, simplesmente eram o temor de quem estava de plantão, porque a comida era simplesmente horrível (Condor).*

Todos estes fatores descritos contribuem para o desgaste do profissional da Enfermagem e, conseqüente, violência no cotidiano do processo de trabalho.

Pessoalmente, recorda a autora deste estudo que cerca de doze anos atrás, o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina aplicou em várias instituições de Saúde interessante questionário no qual analisava, entre diversos aspectos, as condições de trabalho da Enfermagem, incluindo instalações, locais de repouso ou descanso, localização das salas de chefias ou gerências de Enfermagem. As respostas inicialmente obtidas foram surpreendentes e demonstraram condições desfavoráveis do trabalho de Enfermagem em diversas instituições, porém, não se sabe quais resultados finais foram encontrados, se a pesquisa conseguiu ser concluída e se chegou a ser publicada.

Constata-se a existência de instituições de saúde, sobretudo de natureza hospitalar, que exercem **violência sobre os trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem**, na forma de **alienação de aquisição de novos conhecimentos** e/ou de **realização de capacitações e atualizações**. Com a alegação de que a assistência de Enfermagem vai ficar comprometida, estas instituições vão alienando seus trabalhadores do processo de desenvolvimento profissional e pessoal, aí sim, comprometendo a qualidade da assistência de saúde. Um dos exemplos é a realização de cursos de pós-graduação em enfermagem, em que a maior parte das enfermeiras não recebem liberação, estímulos ou facilidades que promovam sua capacitação, por parte de suas instituições de trabalho. Desta forma, tal esforço passa a ser exclusivamente pessoal e com muitos obstáculos para o profissional que já está inserido no mercado de trabalho.

Ainda, observam-se instituições que não liberam os seus profissionais para participarem de congressos, cursos de curta duração e, muito menos, pagam para que estes profissionais se qualifiquem e/ou se atualizem. Na Medicina, observa-se maior boa vontade e facilidade em liberar o profissional, há maior respaldo entre os colegas no sentido de dar cobertura durante a ausência daquele profissional que se encontra em período de afastamento. Enfim, existe maior valorização do profissional médico que se atualiza, e os próprios laboratórios de medicamentos, assim como empresas de material médico-hospitalar e até

mesmo instituições de saúde investem neste profissional para que o mesmo se atualize, o que pouco acontece na Enfermagem.

*[...] Por duas vezes não consegui liberação para participar, uma vez do Congresso Brasileiro de Enfermagem, e da outra vez para assistir um curso de interesse em minha área de atuação: os médicos estão sempre participando de eventos, estudando, têm estímulo para sair e até ganham por parte dos laboratórios ajuda de custo: não dá para entender: minha chefe diz que a assistência não pode ficar prejudicada, mas se a Enfermagem não se atualiza, acho que a qualidade da assistência fica também comprometida e cai de padrão (Pardal).*

Também se observa a **violência exercida pelas instituições de Saúde** com relação à **ausência de Educação em Serviço** e também denominada como **Educação Continuada** de seus profissionais, sobretudo, os profissionais da Enfermagem. Instituições que não investem em seus profissionais cometem a violência da alienação do conhecimento, a violência da (des)educação, aspectos que contribuirão na geração do (des)cuidado, produzindo um ciclo de desvalorização e conseqüente desmotivação do profissional, comprometendo a qualidade do processo trabalho/cuidado.

Estes aspectos retratados no parágrafo anterior estão imbricados às **condições de trabalho e desgaste profissional**. Retorno à Radünz (2001), que evidencia a falta de cuidado de si dos próprios cuidadores. Muitos trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem cuidam de seres humanos, entretanto, esquecem de cuidarem de si mesmos. Embora o enfoque desta autora esteja voltado mais diretamente para os trabalhadores de enfermagem na esfera oncológica, a mensagem central é destinada a todos (e todas): o cuidar de si, de maneira a estar bem consigo mesmo(a) e evitar a Síndrome de Burnout que “ [...] é a síndrome de exaustão, um desgaste físico e emocional associado ao trabalho profissional” (Radünz, 2001, p.28).

Em relação à violência sofrida, ou seja, quando o trabalhador se percebe vítima da violência, cabe relatar as situações que envolvem trabalhador e clientela. Os clientes muitas vezes hostilizam a equipe de Enfermagem em momentos de raiva, desespero com algum fato, porém em muitos casos acabam se desculpando posteriormente com a equipe. Já os acompanhantes e familiares de pacientes hostilizam o trabalhador da Enfermagem, desejando descarregar, entre outros aspectos, o descontentamento perante a realidade do atendimento de saúde. Outros clientes e familiares hostilizam a equipe de Enfermagem tentando ditar certas regras e exercendo violência através de interferências diversas na assistência de Enfermagem prestada, como declara **Andorinha** :

*[...] Houve uma vez uma paciente que ficou um longo tempo internada em meu setor, ela sofreu uma cirurgia que complicou depois e a família dela ficava o tempo todo manipulando a equipe de Enfermagem, determinando como deveria ser realizada a higiene corporal, conforme ela, a família queria, se o soro estava lento ou rápido demais, chamavam a gente o tempo todo e nos controlavam o tempo todo também. Chegaram ao cúmulo de contar para o médico responsável que a Enfermagem não estava cumprindo as “normas” e que não faziam as coisas direito. Fomos humilhadas e aquela paciente e sua maldita família deixaram marcas profundamente negativas em todas nós: respiramos todos aliviados o dia em que esta paciente obteve alta [...] ninguém agüentava mais (**Andorinha**).*

Nas oficinas educativas realizadas durante a prática assistencial deste estudo, as participantes (utiliza-se a expressão no gênero feminino em razão de não ter havido participante do sexo masculino) refletiram que trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem são praticantes da violência no processo de trabalho/cuidar/ cuidado, mas, também são vítimas diárias, também da violência exercida pelos clientes e seus familiares acompanhantes. Ao mesmo tempo em que são vítimas da violência que advém dos seres cuidados, são, também, vítimas da violência de nossas reais condições de trabalho, traduzidas pelas colegas em:

**Ausência/escassez de recursos humanos**, gerando assim desgaste dos profissionais, carga horária excessiva: muitas vezes há necessidade de fazer horas extras, sobrecarregando a chamada “escala de serviço”, levando às chamadas doenças profissionais, absenteísmo e, sobretudo, comprometendo a qualidade da assistência de Enfermagem prestada à clientela usuária.

*[...] Aonde eu trabalhava no passado, havia falta de profissionais nessa unidade hospitalar: certo dia, era sábado e havia um problema de enchente, assim, um andar ficou somente com um escriturário que, felizmente, era Auxiliar de Enfermagem. Que vontade de chorar, consegui deslocar um funcionário da Emergência para trabalhar neste respectivo andar. Esse acontecimento considerei como uma violência para com os trabalhadores e para com os clientes (**Condor**).*

a) Ausência/escassez de recursos materiais, o que obriga ao exercício diário de improvisação por parte dos integrantes da equipe, também comprometendo a qualidade da assistência e promovendo a perda de tempo em encontrar “material substituto”.

*[...] Tem dias em que falta tudo: esparadrapo, roupas, medicamentos [...] aí, vem a improvisação ou então deixar do jeito que está (**Andorinha**).*

b) **Baixos salários**. Com unanimidade entre as participantes, sendo relacionado a ausência de “status”. A Enfermagem, na opinião das participantes, nunca teve e continua sem



reconhecimento. Ainda são frequentes os questionamentos sobre os “motivos” pelos quais Enfermeiras e Enfermeiros não fizeram Medicina (profissão que sempre obteve “status”), sendo difícil aceitar a concepção de muitas pessoas, na qual a Enfermagem não tem “status” e, ainda, é sinônimo de trabalho doméstico.

*[...] violência de uma remuneração de trabalho aquém das necessidades básicas (Beija-Flor).*

*[...] Considero uma violência a remuneração da qual estão sujeitos os trabalhadores da saúde, principalmente os do quadro de enfermagem, eles necessitam de dois ou mais vínculos empregatícios para sobreviverem, então eu pergunto: E a vida privada deles, como se dá o convívio com a família? (Condor).*

*[...] Violência são nossos salários, a ausência de reconhecimento da nossa profissão, enquanto os médicos são valorizados, nós nos sentimos verdadeiras escravas, jornadas de trabalho que não nos dão o simples direito de viver a vida e as cobranças eternas [...] tem horas que eu penso em abandonar a Enfermagem (Andorinha).*

**c) Inexistência de Treinamento e/ou Educação.** Muitas participantes ingressaram nos serviços sem treinamento e/ou Educação continuada. Em algumas instituições de saúde inexistente o setor de Educação Continuada ou Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem. Como descreve Salum (2000), o reconhecimento do estresse provocado pela sobrecarga de trabalho e de excesso de responsabilidade também imprime importância a este tipo de ação. Na opinião das participantes, existem diversas cobranças dentro do Serviço de Enfermagem, sendo que as profissionais que sofrem maior cobrança são particularmente as Enfermeiras.

### **5.2.2. A face da cara: quando o trabalhador de enfermagem é o agente da violência:**

A violência foi reconhecida, pelos sujeitos do estudo, como uma realidade que não possui uma forma simples e única de se mostrar. Ao contrário, mostra-se e esconde-se de múltiplos modos, mais ou menos visíveis, mais ou menos aparentes. Desta violência, uma outra face mostrou-se: ao mesmo tempo em que os trabalhadores de Enfermagem são vítimas de diversas formas de violência, também são protagonistas do exercício da violência no processo trabalho/cuidar/cuidado.

São inúmeras as formas de violência exercida pelos trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem: **violência física, violência psicológica, violência silenciosa ou de omissão,**

**violência moral, violência verbal, indiferença, violação dos direitos do cliente e imposição/ uso do poder/ coerção/ força.**

Inicialmente, as participantes deste estudo colocaram que o ajustar-se e sobreviver à realidade é fato constante, impõe conviver com a própria violência, chegando ao ponto de pensar que **exercer a violência representa uma questão de sobrevivência**, particularmente dentro das instituições de saúde, e, sobretudo naquelas de natureza hospitalar. Nas instituições hospitalares de natureza psiquiátrica, este aspecto se mostra mais intensamente.

*a violência muitas vezes é praticada por questão de sobrevivência dentro das instituições hospitalares pelos profissionais da saúde (Gaivota).*

Para muitos trabalhadores de Enfermagem, particularmente aqueles que atuam na esfera da Saúde Mental e Psiquiátrica, o exercício da violência chega a ter contexto histórico:

*[...] Presenciei muitas violências na instituição aonde trabalho. Trabalho em uma instituição Psiquiátrica onde historicamente o sujeito de nossa assistência é violentado em seus direitos, roubado de sua dignidade e cidadania [...] O não exercício da cidadania é a forma mais vil de violência que os governantes, gestores, etc, submetem as pessoas (Gaivota).*

A percepção de **Gaivota** também evidencia o aspecto de desrespeito aos direitos de dignidade e de cidadania. Outros aspectos do exercício da violência por parte dos trabalhadores de Enfermagem se traduziram nos seguintes itens:

- **Desrespeito aos direitos do(s) cliente(s):**

Unanimidade entre as participantes, quase todas escreveram e/ou falaram da questão do desrespeito do ser humano e de seus direitos. Isto inclui a questão da permanência do acompanhante, traduzida na expressão: “**sem acompanhante, eu tenho medo**”, destacando a ausência e proibição da presença do familiar acompanhante, direito este violado com frequência pelas instituições de saúde, particularmente pelas instituições hospitalares. A Lei prevê o direito da presença de acompanhante nas instituições de Saúde a indivíduos acima de sessenta anos de idade e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) assegura à criança e ao adolescente o direito de ter acompanhante também durante a hospitalização.

*Esta interpretação inclui também negativa de informação; desinformação; “Analfabetismo”; falta de educação; escassez e/ou ausência de ações educativas, traduzida não somente pelo não acesso à Educação, mas também pela ausência de ações educativas nos âmbitos da Saúde e da Enfermagem; falta de Educação e/ou de ações educativas; também interpretada como falta de compromisso ético-cidadão.*

Este desrespeito aos direitos inclui o **desrespeito e a não consideração da dor do cliente, além da descrença de sua palavra**, traduzida nos depoimentos abaixo:

*[...] Já presenciei várias situações de violência no trabalho [...] o doente diz que está sentindo dor e o profissional de saúde retruca: “ah, eu não estou sentindo nada [...] ou através da negativa de informações (Águia).*

*[...] Sim, já presenciei uma cena onde estava eu em uma enfermaria com dois leitos, avaliando a paciente do leito um, enquanto outra colega tentava puncionar um acesso venoso na paciente do leito dois. Após a terceira tentativa, sem êxito, a paciente, chorando, disse: “Não quero que me fures mais, chama outra enfermeira, por favor, não estou agüentando mais” [...] a colega em questão retrucou: “sou formada pela UFSC e sei o que estou fazendo “, continuou arrogantemente puncionando por mais duas vezes, sendo que a última tentativa resultou num enorme soroma: enquanto a paciente alegava que estava fora da veia, a colega dizia estar tudo bem, chamando esta paciente de “mole (Tuiuiu).*

- **Desrespeito à cultura e costumes:**

Fato significativo e evidente, particularmente observado na esfera da assistência de Enfermagem. Durante a colocação deste aspecto, as participantes refletiram, discutiram e contaram histórias, além de fatos (alguns pitorescos e até engraçados) ocorridos durante a prestação de assistência direta à clientela, relacionados a aspectos como higiene corporal, alimentação, ritos religiosos, ritos familiares. Na sociedade, conforme a colocação de diversas participantes, existem questões de aculturação, desrespeito aos negros, aos indígenas em relação aos seus costumes, tradições e ritos.

*[...] Violência em relação ao cuidado de enfermagem, relatarei a violência do banho: tem que ser naquela hora, daquele jeito e dado para quem a enfermagem quer. Clientes violentados em seu pudor, em suas crenças e em seus sentimentos [...] violência no cuidado aos doentes quando são desrespeitados pelas equipes de saúde, violentados em seus costumes, violentados pelas informações não dadas ou dadas de forma não coerente e tantas outras violências [...] (Beija-Flor).*

- **Violência relacionada ao contexto social, alienação e a cidadania**

Este significado de violência apareceu de forma marcante em praticamente todas as colocações das participantes das oficinas. Vivemos numa época caracterizada pela exclusão social e a violência é uma das conseqüências desta exclusão: o não acesso aos serviços e direitos básicos, o não atendimento das necessidades humanas básicas, o desvio das verbas públicas por interesses particulares, a indiferença dos governantes. A palavra ***exclusão***

também foi citada por todas as participantes como sinônimo de violência. Os serviços de saúde não estão alheios a esta exclusão, já que deveriam se constituir em uma oferta de serviços seguros, de qualidade e acessíveis a todos. Ao contrário, ao mesmo tempo em que recebe novas demandas decorrentes desta exclusão e injusta distribuição dos benefícios sociais, acirra tal desigualdade ao não responder adequadamente às necessidades de saúde de todos os cidadãos.

▪ **A violência silenciosa, a omissão e o descompromisso:**

O silêncio é percebido como uma forma de violência e também caracterizado pela omissão dos seres humanos e de profissionais. O silêncio representa em inúmeras situações a convivência com situações consideradas violentas e/ou que violam de alguma forma os direitos do ser humano.

*[...] Violência silenciosa é aquela que agride principalmente a alma, mexe com a mais pura essência do ser humano, poderíamos citar a fome, a miséria, enfim é estar à marginalidade da sociedade(Condor).*

Aqui, há uma outra descrição de violência silenciosa, que é traduzida pelo não acesso e não direito às condições básicas de existência: a fome, a miséria, a morte prematura e violenta, o não acesso à escola, entre outras.

Muitas ações violentas são ainda reconhecidas quando relacionadas a “tudo o que se faz contrário à vontade do cliente”, como quando se percebe que exatamente o serviço que deveria prestar cuidado acaba prestando um “des”cuidado, ou **“aquilo que não se veio buscar:**

*[...] violência é “aquilo que vai contra aquilo que eu quero, aquilo que eu não vim buscar (Beija-Flor).*

Em relação ao que não se veio buscar, trata-se do tratamento na base da indiferença, de gritos que, segundo diversas participantes, é comum no cotidiano das unidades hospitalares e traduz também uma certa **“doença moral por parte do profissional”**. Para as participantes, tanto o profissional de Saúde como o profissional de Enfermagem que comete atos de violência, ambos são portadores do que se chama de doença moral profissional, e necessitam de “tratamento urgente”.

A prática de violência no processo trabalho/cuidar/cuidado revela uma certa dificuldade em reconhecer os limites e questionamentos éticos da ação, bem como a responsabilidade moral do sujeito individual. Isto é atribuído a **“forma de cada um olhar para os fatos”**, como

uma limitação ou incapacidade da percepção ou consciência. Neste sentido, as participantes lembram o ditado popular de que “as aparências enganam”, pois em diversas ocasiões o profissional tende a ver somente o seu lado, ou seja, só considera a sua ótica dos fatos, sem se dar conta de que existem outros aspectos a serem considerados. Muitas vezes o profissional acaba cometendo violências ao se precipitar em julgamentos e desaprovações que não deveriam desqualificar o cuidado prestado.

Ainda como forma de violência silenciosa foi apontada a “**Violência do não compromisso**”, da não busca por nenhuma solução. Nesta situação, inexistente o compromisso, aliás, há uma cultura entre, principalmente os jovens, que o “ideal” é não ter compromisso com absolutamente nada, com a cidadania, com a ética, com a saúde ou com o próprio ser humano: o que inicialmente pode se apresentar como simples conformismo chega à radicalidade com o desinteresse e descaso. Foi traduzida pelas participantes como a ausência de boa vontade, interesse, acomodação, tanto na esfera pessoal, como social e profissional. Muitos profissionais evidenciam desinteresse, má vontade, descaso, acomodação ou conformismo com situações que, justificadas por estes mesmos profissionais, nunca irão mudar, não tem jeito, ou seja, melhor é deixar como está.

Associado a este aspecto, a **falta de empatia** aparece como uma das vertentes da violência. A empatia é reconhecida como fundamental no processo de cuidar/ cuidado, sendo impossível cuidar de forma coerente, humanizada, sem ser empático e solidário. A falta de empatia, muitas vezes gera formas de exercício de violência em diferentes contextos, como até mesmo o **descarregar a raiva no próximo**. Por mais absurdo que possa parecer, este fato foi relatado como um retrato da violência cotidiana, bastante comum e freqüente. No âmbito profissional, observa-se a tendência de se cometer este tipo de atitude, através da negação de atendimento, não atendimento das necessidades do cliente no momento em que este necessita ser atendido, da omissão do profissional, ou simplesmente, agredir verbalmente o(s) colega(s) de equipe, ou ainda, o próprio cliente.

A violência, traduzida como agressão física, também é vista e percebida como uma violência verbal (**ferir através de gestos e/ou palavra**), utilizando palavras consideradas ásperas, de baixo calão, comentários realizados fora de hora, em situações inconvenientes, gestos considerados violentos que podem ser uma atitude impensada, uma atitude inconveniente ou que não traz bem-estar ao próximo.

Mas, talvez uma das maiores controvérsias quanto ao cuidado que se transforma em “des”cuidado se apresente quando os profissionais percebem *a violência como a imposição pelo poder*, geralmente acompanhada de humilhação, controle e dominação do outro. Ao reconhecerem a frequência de tais práticas, silenciosas mas não menos violentas, no processo de cuidar/ cuidado, as relacionam com a reprodução em todas as esferas da vida social, não só profissional, deste exercício abusivo de poder a que todos parecem já se acostumar e por isso se calar.

Enfim, cabe refletir o quanto *o abandono, o medo, a ausência de opção, caminho ou possibilidade* podem ser violentos, mesmo que ocultos e silenciosos. Para as participantes, todas estas palavras estão correlatas com a violência do (des)cuidado de Enfermagem, ou seja, tão presentes aqui quanto no contexto social. A falta de acesso, de oportunidades, as desigualdades, os descaminhos, a sensação de abandono, a ausência de opções, o cerceamento do direito de escolha adquirem formas especiais de penetrar nos serviços de saúde.

▪ **Fragmentação da pessoa humana:**

Na Saúde, principalmente no âmbito da Medicina, se assiste o cliente em diversas situações apenas como “um corpo doente”, em seu aspecto biológico; onde cada ciência cuida de uma determinada parte: a Medicina e a Enfermagem cuidam do corpo, o Serviço Social cuida das questões sociais, a Psicologia aborda os aspectos psicológicos, os ministros religiosos cuidam da necessidade espiritual, enfim, se fragmenta o ser humano – hospitalizado ou não. Assim, as participantes deste estudo denunciam a dificuldade de se realizar uma abordagem integral, sem fragmentar o ser humano mas cuidando-o como um todo, alguém com história de vida, um ser único e indivisível. Deste modo, o cuidado de Enfermagem é considerado em seu princípio de não fragmentação do indivíduo e como possibilidade restauradora de uma novo significado nas relações entre cuidador e ser cuidado, embora não se possa perder a razão crítica, capaz de impulsionar as ações para uma efetiva concretização de ideais ainda não alcançados, como o próprio cuidado idealizado.

Todos estes aspectos que foram descritos neste capítulo possibilitam constatar as duas faces da máscara: a face da violência visível e, ao mesmo tempo, invisível do (des)cuidado em Saúde e na Enfermagem, a face (re)velada em múltiplas vertentes, em diferentes dimensões e versões no processo de trabalho/ cuidar/ cuidado. No capítulo seguinte, serão desveladas as dimensões do (des)cuidado na Enfermagem e no processo de trabalho, manifestadas pelas

trabalhadoras participantes, além de efetuar-se uma compreensão ético-educativa dos aspectos identificados.

## **6 AS DIMENSÕES DO (DES)CUIDADO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM: BUSCANDO UMA SÍNTESE COMPREENSIVA**

Em relação ao **(des)cuidado de Enfermagem**, as participantes colocaram diversos conceitos expressos por palavras-chave que remetem a uma riqueza de detalhes envolvendo situações cotidianas e, muitas vezes, até banalizadas. Após as reflexões oportunizadas no tratamento dos conteúdos já apresentados, buscou-se uma síntese que melhor traduzisse as idéias e concepções das participantes. Embora retomando aspectos já discutidos, vale destacar algumas das facetas deste objeto complexo:

- **Violência por parte do(s) cliente(s) direcionada à equipe de Enfermagem, violência contra os profissionais :**

Esta forma de violência vem aumentando gradativamente em razão da insatisfação, não somente com o sistema de saúde, mas também com a qualidade de serviços prestados, assim como aumenta o reconhecimento da liberdade de denúncia de mau atendimento. Esta violência dificilmente se manifesta na forma de violência física, é muito mais presente na forma de agressões verbais e de cobranças por parte de cliente e de seus familiares que desejam interferir na assistência que lhe é prestada.

- **Violência entre profissionais de Enfermagem:**

Esta forma de violência aparece não só entre os cuidadores em relação às rotinas e divergências, mas também na forma de cobranças de chefias e entre os próprios colegas que não admitem falhas ou que falam mal de seu “serviço”. Também se assiste à violência entre chefia e subordinados, muitas vezes também com cobranças e imposições de poder e autoridade, gerando insatisfação e mal-estar profissional, ou seja, a Síndrome de Burnout, já descrita anteriormente por Radünz (2001).



- **Violência permitida/ ignorar questões éticas do cuidado :**

Também denominada de violência consentida, muitas vezes é “acobertada” pelos próprios colegas, criando um clima de cumplicidade negativa. Atitudes anti-éticas e não condizentes com a postura profissional, a omissão e o descaso traduzem esta percepção de violência, mantida pela conivência entre profissionais e pelo silêncio ao compactuar com o (des)cuidado, considerado violento = **cumplicidade negativa**;

- **Violência como sobrevivência; violência como rotina; banalização da violência e/ou do cuidado/ competitividade profissional; corporativismo, exclusão :**

O medo de muitos profissionais da Saúde e da Enfermagem é a constatação e enquadramento dos mesmos em situações de violência de múltiplas faces. Por outro lado, comete-se violência para sobreviver às normas e regras de um determinado grupo e/ou instituição, para evitar a exclusão deste(s) profissional(ais) e, desta forma, perpetuando uma espécie de “corporativismo”. Também se depara freqüentemente com a problemática da competitividade profissional, quando para ser um bom, conceituado e reconhecido profissional acaba se recorrendo a estratégias e posturas agressivas, que podem ter efeitos na forma de violência no processo de cuidar. Os grandes perigos desta prática são os de cometer violências direcionadas a clientes e/ou familiares e, ainda mais grave, banalizar a violência, torná-la rotineira, fazer desta violência uma práxis cotidiana, sem percebê-la como a própria violência, mas tornar-se conivente com este tipo de “prática” anti-ética.

- **Violência pela falta de solidariedade e sensibilidade :**

Estas percepções se enquadram no (des)cuidado anti-ético, ou seja, não existe cuidado se não há empatia, amor, solidariedade, sensibilidade e respeito. Um exemplo contundente foi levantado na **violência cometida contra a família do cliente que acaba de falecer**. Questões relacionadas com a morte anunciada e a morte súbita, inesperada – direito de saber o diagnóstico, os motivos da morte, desrespeito ao processo de elaboração de luto da família, falta de habilidade por parte dos profissionais de saúde em lidar com a morte, foram consideradas fontes de práticas violentas.

Os sintomas desta perda ou falta de sensibilidade chegam a um extremo que passa ser identificado como inaceitável, como quando relatados como **“perda do senso da realidade, perda do senso de limite; loucura tomando conta da normalidade”**. Esta interessante percepção de *Gaiivota*, que atua em instituição hospitalar de natureza psiquiátrica, traduz não

somente a dimensão do cotidiano do (des)cuidado e da violência na assistência em saúde mental, mas também traduz a violência do cotidiano das instituições públicas e de algumas instituições particulares hospitalares, que revelam a sua existência através do mau atendimento prestado e da situação de caos no próprio sistema de saúde.

As conclusões das participantes no tocante ao descuido em Enfermagem foram sintetizadas nas duas frases abaixo :

- “a violência do (des)cuidado se inicia no processo de formação do profissional de Enfermagem”;
- “apesar do forte aspecto de religiosidade relacionado à Enfermagem, comete-se com freqüência e em inúmeras situações o (des)cuidado”.

A classificação proposta por Prado (1997), já descrita no capítulo quatro, pode ainda fornecer uma outra forma de olhar os dados, podendo ser aplicada em várias situações do processo trabalho/ cuidar/ cuidado em Enfermagem identificadas neste estudo.

Em relação à **Violência acidental**, ou seja, o ato de violência cometido, sem a existência de intencionalidade. Este tipo de violência pode aparecer no cotidiano do processo de trabalho/ cuidado em Enfermagem em diversas situações, inclusive em ocasiões em que nem os trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem se dão conta que estão exercendo alguma forma de violência em seu cotidiano de trabalho/cuidado.

Pode ocorrer nas situações onde são utilizadas técnicas de Enfermagem nas quais não são conhecidas todas as conseqüências adversas ou mesmo, na administração de medicamentos, situação extremamente comum, onde nem todos os efeitos colaterais são conhecidos ou quando o cliente desconhece se possui alguma reação alérgica. Por exemplo, o profissional de Enfermagem administrou determinado medicamento via parenteral, sem realizar o preparo adequado de determinado cliente, não informando-o sobre o procedimento a ser feito; aconteceu que este mesmo cliente apresentou choque anafilático imediatamente após o procedimento, que foi executado com ausência de informação, o que constitui numa violência, porém, sem a menor intencionalidade de causar mal ao cliente, mas que entretanto, trouxe nesta situação peculiar, sérias conseqüências para a vida daquele ser humano.

“ [...] *Não realizar mudanças de decúbito*” (**Albatroz**). Neste caso, a não realização de determinado procedimento que deveria ser feito pode ser acidental (alegação de falta de tempo) ou intencional para prejudicar o cliente.

Na situação de **Violência intencional**, o ato de violência é praticado com intencionalidade, ou seja, há o desejo (expresso ou não) de prejudicar alguém. No cotidiano da assistência em saúde e da Enfermagem observam-se situações no sentido de prejudicar, principalmente colegas da equipe de Enfermagem e da Saúde. Também tem-se a dimensão da prática da violência intencional por parte do cliente contra a Enfermagem:

*[...] uma vez apanhei de um paciente quando trabalhava numa Emergência, foi horrível, fiquei muito traumatizada e pedi transferência de setor [...] o paciente me bateu porque demorou para ser atendido na Emergência, que já é um lugar onde a demora no atendimento é comum, mas nós não temos culpa, afinal, temos uma barbaridade de pacientes para atender, medicar, etc, nunca mais vou trabalhar naquela Emergência, Deus me livre (Cotovia).*

Nesta situação anterior, a trabalhadora em questão, sofreu lesões corporais e levou o caso para a instância Jurídica. O cliente, em seu depoimento, considerou que estava revoltado e com vontade, com intenção de machucar alguém, porém, reconheceu o erro cometido (o que nem sempre ocorre), se desculpando perante a profissional. A revolta desta trabalhadora foi dupla: pelo fato de ser trabalhadora da Enfermagem e, sobretudo, por ser mulher vítima de violência física por parte de cliente do sexo masculino. Em tempo, esta trabalhadora não aceitou o pedido de desculpas e exigiu da Justiça a aplicação de pena cabível ao caso.

Este caso que acaba de ser descrito também caracteriza a outra classificação de Prado acerca da violência: a **violência ativa/direta** quando o agressor provoca diretamente danos à vítima, ou seja, participa diretamente do ato violento.

Na situação da **Violência passiva**, quando existe omissão, ou seja, o ato violento é cometido, sendo observado pelo agressor, que age fazendo de conta que não presenciou nada, ignora, nada faz para impedi-lo. Muitos trabalhadores e trabalhadoras presenciam situações de violência e até mesmo a omitem ou acobertam o agressor, temendo ficarem antipatizados ou criar inimizades. Esta forma de violência aparece com frequência no cotidiano de trabalho/cuidado em Enfermagem e, particularmente, na violência do (des)cuidado.

*[...] Violência em relação ao cuidado e preocupação com a administração de medicamentos de forma correta, às vezes deixava a desejar, bem como dava para notar quando as informações eram ocultadas, eu considero isto muito grave, porque tem haver com a vida do cliente, que nesse momento é de sua responsabilidade (Condor).*

*[...] Uma vez um colega meu trocou a medicação parenteral de um paciente, administrando em outro paciente: ele, o colega, contou para outra colega, eu estava por perto e ouvi quando eles conversavam. Esta colega*

*disse para ele: ah, ninguém viu nada mesmo, ninguém vai saber [...] deixa p'rá lá, não matou mesmo, o paciente não está vivo? [...] eu fiquei em dúvida se contava para a Enfermeira mas fiquei com medo de ser “dedo-duro (Andorinha)*

Quanto à **Violência indireta** – quando determinado ato violento provoca dano ou agravo a outra pessoa, a qual o agressor não a conhece, ocorrendo um espaço temporal entre a agressão e as suas conseqüências – têm-se uma dificuldade adicional, a de reconhecimento da prática violenta. Isto pode ocorrer tanto pela não identificação da relação causa-efeito, pelo desconhecimento da vítima acerca do próprio descuido sofrido, ou mesmo pela rotatividade e menor contato do cliente com um número grande de trabalhadores, impedindo a identificação do praticante da violência. Este fato pode estar sendo mais comum do que se imagina e não vem sendo analisado como uma conseqüência pouco visível do cuidado prestado.

Na **Violência simbólica ou violência psicológica**, não há emprego de força ou agressão física; é a utilização de forças de coação e medo, as chantagens e torturas psicológicas. Submeter um indivíduo à exposição de seu corpo durante a prestação de cuidados, sem resguardar a sua privacidade e sem respeitar seus valores culturais e religiosos, também é uma forma de violência simbólica. Esta violência ocorre em grande escala nas diversas situações do processo trabalho/cuidado em Enfermagem e na Saúde.

*[...] Toda vez que o cliente vai ser submetido aos procedimentos e não lhe é comunicado, clientes sendo expostos a todos os olhares, sem roupas, internados em hospitais (Águia).*

*[...] Quando o ser humano é agredido com palavras malcriadas, o jeito como o paciente é tratado (Albatroz).*

*[...] Para mim, a maior violência que uma Enfermeira pode exercer é o da indiferença, descaso, é não se colocar no lugar do outro, no momento mais difícil da sua vida. Isso ocorre em qualquer instituição, quando se pensa que todo ser é máquina e nós os detentores do saber, que somos os únicos a saber manuseá-los (Canário).*

Finalmente, a **Violência branca ou escamoteada**, é a violência com a qual já se habituou a conviver com a mesma, a violência da “aparente conformidade”: No âmbito da Saúde, a “paciência” da espera daquilo que é considerado um direito assegurado pela Constituição Brasileira de 1988: Saúde é um direito de todos e dever do Estado.

A chamada **violência social**, como descreve o relato de Beija-Flor, se enquadra neste tipo de violência, aonde as desigualdades sociais são evidenciadas.

*[...] Violência social: uns com tudo outros sem nada. No crime, nas drogas, na falta de assistência à saúde. (Beija-Flor).*

No cotidiano da assistência em Saúde e em Enfermagem foi possível constatar o tratamento desigual, rotineiro, o atendimento de má vontade, a falta de respeito, atenção, interesse em atender ao cliente, observado com frequência nos hospitais de natureza pública, principalmente nos grandes centros urbanos:

*[...] o jeito como o paciente é tratado, por exemplo, não realizar mudança de decúbito, não realizar higiene e conforto, a má vontade do profissional em realizar qualquer procedimento (Albatroz) [...] loucura tomando conta da aparente normalidade (Gaivota).*

### **6.1 A violência e a formação em Enfermagem: dimensões ética e educativa:**

Constata-se que existe praticamente pouco preparo para lidar e/ou prevenir a violência. O despreparo se inicia na própria família e no lar, percorrendo os caminhos da Educação, perpetuando-se através dos cursos de formação das diversas categorias profissionais, estendendo-se para a própria sociedade que percebe sua impotência frente à violência em suas múltiplas vertentes.

Em se tratando da esfera da Saúde a realidade é mais árdua. A maior parte dos profissionais da Saúde recebe algumas abordagens acerca do fenômeno da violência. Entretanto, ainda estão sendo preparados (as) para assistir/cuidar de patologias, doenças, porém, uma minoria recebe informações para lidar não só com as feridas físicas da violência, mas com as feridas da alma, a dor dos traumas emocional, psicológico e espiritual, como conseqüências advindas do exercício da violência sobre essas pessoas.

E como agir na prevenção e frente às situações diversas da violência? Acredita-se que a compreensão da violência enquanto fenômeno possa representar um dos pontos principais de partida. Compartilhando com Waldow (1998), no cuidado humano existe um compromisso, uma responsabilidade, ajudando na construção de uma sociedade com base em princípios morais, permitindo, desta forma, a construção de uma história da qual se tenha orgulho.

Observa-se que nos cursos de formação do profissional trabalhador de Enfermagem existem momentos para reflexões voltadas para questões relacionadas à dimensão da violência, porém, estes espaços necessitam ser bem ocupados e ampliados.

Grüdtner et al (2002) desenvolveram importante pesquisa intitulada *Conhecimentos e Práticas de Cuidados relacionados com o fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente nos cursos de graduação de Enfermagem de Santa Catarina*, onde trazem relevantes contribuições sobre os conhecimentos sobre violência doméstica contra a criança e o adolescente oferecidos durante a realização do Curso de Graduação em Enfermagem. O estudo aponta os chamados “vazios” percebidos pelos estudantes em relação ao processo ensino-aprendizagem sobre a temática violência familiar contra à criança e o adolescente durante sua formação, identificando estratégias para transformar esta situação e avaliar uma estratégia de pesquisa-ação no sentido de divulgar o fenômeno da violência junto a estudantes de graduação de Enfermagem.

O estudo foi realizado com alunos de cinco cursos de Graduação em Enfermagem, em diferentes municípios do Estado de Santa Catarina e demonstrou, em síntese, que os alunos receberam conhecimentos sobre violência doméstica durante o Curso de Graduação. Já o conteúdo ministrado demonstrou maiores preocupações em relação com as definições de violência doméstica e encaminhamentos das vítimas para outros profissionais ou serviços, evidenciando a lacuna do preparo da Enfermagem na participação do cuidado de vítimas de violência doméstica.

O estudo evidenciou o desejo de aprender mais acerca do tema por parte dos alunos. Há aspectos a serem trabalhados no sentido de desfazer alguns mitos e idéias pré-concebidas, como, por exemplo, de que a violência só ocorre em ambientes de menor poder aquisitivo, ou é cometida por sujeitos com menor grau de instrução.

Se o estudo acima tivesse sido realizado há uma década, com certeza, os resultados seriam diferentes, pois esta temática é de abordagem recente.

Já em relação ao **(des)cuidado**, observa-se que a ausência e/ou escassez de ações educativas é evidente, pois, as participantes das oficinas, além de comentarem sobre a inexistência ou escassez destas ações (uma das participantes vem desenvolvendo em seu local de trabalho ações educativas no sentido de diminuir as ações de descuido), apontaram que a Educação aliada ao amor são as armas principais no combate ao (des)cuidado.

Outra vertente da **violência e a formação em Enfermagem**, é a **violência relacionada ao processo de formação do/da Enfermeiro/Enfermeira**, violência esta que permeou durante décadas o ensino da Enfermagem, em diferentes níveis, descritas por Lunardi (apud

Waldow, Lopes e Meyer 1995), com a imposição de ritos disciplinares, normas rígidas e padrões, além de humilhações e cobranças.

Lunardi, escrevendo o capítulo intitulado *A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis/ invisíveis na docilização dos corpos das enfermeiras*, traz a contribuição de sua Dissertação de Mestrado intitulada *Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira* (1994), onde realizou uma análise do **aspecto disciplinar**, muito evidenciada na formação dos profissionais de Enfermagem, baseada na obra *Vigiar e Punir*, de Foucault (1995) .

Esta autora realizou coleta de dados em três instituições de ensino superior de Enfermagem com 25 enfermeiras docentes, 11 alunas formandas e 12 enfermeiras egressas até há três anos dos respectivos cursos. A análise destes dados mostrou como a disciplina domina corpo, alma, desejos, coração e intelecto. Lunardi descreve relatos de humilhações das estudantes, de gritos da professora, de repreensões, de crises de choro diante das cobranças feitas nos estágios. Os três relatos que se seguem demonstram os fatos da violência do disciplinamento no ensino:

[...] O relacionamento do aluno com o professor influencia a nota final (Enfermeira).

[...] Se passa por situações de humilhação na frente de outros profissionais, na frente de médicos, dos outros funcionários da unidade, se é chamada a atenção [...] O aluno tem medo de ser reprimido (Acadêmica de Enfermagem).

[...] Eu tive que fazer, pedi, falei que estava me sentindo mal e ela não me liberou. Então, aquela atitude, eu tenho como o mais alto poder ditador dela como professora. Foi uma agressão tão grande, tão grande, parecia um sacrifício aquilo. [...] O que é isto? O que é isto? Por quê? Qual é a idéia dela, que tenho que passar por todas as provações de dor e sacrifício para ser uma enfermeira (Enfermeira) - (LUNARDI apud WALDOW, LOPES E MEYER, 1995, p.85-86).

Lunardi descreve que neste último depoimento a Enfermeira referiu-se a uma vivência em que lhe foi exigida, pela docente supervisora do estágio, a realização de um procedimento bastante traumatizante, tanto para o cliente, como para a própria aluna, exigência esta realizada com argumento de que a professora tinha que ver alguma tarefa da aluna para poder avaliá-la.

Trentini e Paim (1999) chamam a atenção para a obediência de determinados princípios éticos na pesquisa, especialmente na chamada pesquisa convergente-assistencial. Para as autoras,

[...] o esforço de agregação da equipe em torno de questões visibilizadas como problema de pesquisa, consubstancia um aspecto político e ético importante, porquanto compartilha a possibilidade de construção e avanço do conhecimento com oportunidades de participação, comuns a todos os envolvidos com a assistência e, portanto, com a questão em debate (TRENTINI; PAIM, 1999, p.118).

A temática abordada por si só é polêmica e permeada por aspectos éticos-educativos. Trabalhar com assuntos relacionados à temática da violência é desafiador, o(a) pesquisador(a) fica sujeito às mais diferentes reações, inclusive reações de preconceito, manifestadas através de negativas, traduzidas como “medo” de determinada instituição figurar como “violenta/conivente com a violência”, medo por parte do trabalhador de Enfermagem ser caracterizado como violento e/ou conivente com a violência. O(a) pesquisador(a) precisa estar preparado(a) para as diversas reações que o assunto “violência” é capaz de provocar, inclusive a reação de negativa a qualquer abordagem do tema.

Pessoalmente, no momento em que esta autora recebeu a resposta negativa da instituição preterida, reagiu com indignação e perplexidade, assim como diversas colegas que atuavam naquela instituição, algumas ficaram envergonhadas com a atitude da Direção. Buscaram-se então outros caminhos e iniciou-se um processo de ação-reflexão daquele fato ocorrido, visando compreender os porquês da negativa, do descrédito. Por outro lado, faz-se necessária uma análise das reações à luz da Ética: negar o desenvolvimento de uma temática significa omitir, ser conivente com a violência. Muitas vezes, presenciam-se situações consideradas graves e só para se estar em pé de igualdade com colegas e superiores, faz-se aquilo que se chama popularmente de “vista grossa”, ignora-se ou faz-se de conta de que tal situação não ocorreu, não é da “nossa” conta. As instituições de Saúde são comumente coniventes com a prática da violência no seu cotidiano, assim como os profissionais que nela atuam, como muito bem demonstra a dissertação de Mestrado de Ribeiro (1998), retratando toda a violência do cotidiano de uma unidade de internação pediátrica e, ainda, perpassando pela triagem, ambulatório da instituição observada pela autora.

Em contrapartida, esta autora recebeu apoio de diversas colegas que, inclusive, ficaram perplexas, não só com a negativa da instituição, mas de como uma temática tão importante, real e que está acontecendo em proporções alarmantes, é deixada em segundo plano. Também estas colegas lamentaram a pequena participação dos trabalhadores e trabalhadoras da Enfermagem. Ainda, sugeriram que realizasse outros estudos sobre as dimensões da violência no cotidiano da Saúde.



O tratamento deste tema, uma vez que emerge da prática assistencial, impõe o respeito ao caráter coletivo da informação de todos os envolvidos com a questão a ser investigada. Por outro lado, este estudo envolve os trabalhadores de Enfermagem: neste caso, os sujeitos participantes do presente estudo possuem o direito de receber as informações necessárias e aquelas que desejarem e/ou julgarem necessárias. A atividade educativa constituiu um momento rico, importante, dentro e fora do contexto da Enfermagem. Considero a Educação como o eixo central da assistência de Enfermagem prestada pela Enfermeira/Enfermeiro. As participantes das oficinas de prática educativa foram unânimes em apontar a ausência de ações educativas como o principal aspecto e causa geradora de violência no cotidiano de trabalho e de cuidado de Enfermagem. Aliás, convém ressaltar que a inexistência de ações educativas entrou na construção do conceito de violência no cuidado de Enfermagem.

O processo educativo permitiu a realização de reflexões de uma realidade político-social, neste caso reflexões acerca do fenômeno violência e do cotidiano de uma violência exercida no cuidado. A reflexão conduz à perspectiva de libertação e de igualdade, representando um ponto de mudança da sociedade.

A proposta educativa que instrumentalizou e concretizou este estudo, por si só, já representa em grande parte a importância da **dimensão educativa** do trabalho que se pretende ser emancipador.

[...] Um grupo se constrói no trabalho árduo de reflexão de cada participante e do educador. No exercício disciplinado de instrumentos metodológicos, educa-se o prazer de se estar vivendo, conhecendo, sonhando, brigando, gostando, comendo, bebendo, imaginando, criando e aprendendo juntos num grupo (FREIRE apud DILLY, 1995, p.115).

Neste estudo, o processo educativo constituiu o ponto de partida da proposta, a qual permitiu não somente o conhecimento de como se processa a construção das percepções e representações dos trabalhadores de Enfermagem (tanto individual como grupal), mas também provocou a reflexão-ação-instrumentalização destes sujeitos na compreensão do fenômeno da violência, bem como no cuidado de suas vítimas. Os aspectos ético-educativos permearam, não apenas as oficinas e reflexões das participantes, mas toda a trajetória do desenvolvimento deste trabalho.

## **6.2 Construção coletiva do conceito de (des)cuidado de enfermagem e os caminhos para a sua prevenção:**

As participantes, no último dia de realização das oficinas, após ampla reflexão de seus cotidianos profissionais, partiram para a construção coletiva do conceito de (des)cuidado de Enfermagem.

Sentaram-se todas no chão, munidas de canetas hidrográficas coloridas e de uma folha de papel pardo. Animadamente, procedeu-se à construção do conceito, num verdadeiro “pensar e construir coletivo”, onde todas contribuíram através de suas percepções e idéias.

Sendo assim, o conceito de **(des)cuidado** ficou elaborado da seguinte forma: **O (des)cuidado de Enfermagem é a ausência ou deficiência de um processo educativo e ético, culturalmente construído, institucionalizado, resultando na banalização do cuidado. Esta violência acontece pelo exercício do poder, tanto por parte do(a) cuidador(a) sobre o ser cuidado, e vice-versa, destituindo desta relação os sentimentos de solidariedade, compromisso, empatia e amor.**

Esta construção traduziu todos os aspectos que permearam a discussão das participantes, as dimensões ético-educativo-estéticas do cuidado refletidas por cada participante.

Observa-se que a violência do (des)cuidado possui duas vertentes: a violência do profissional de Enfermagem praticada contra o (a) cliente e a violência exercida do(a) cliente e familiar(es) contra o(s) profissional(ais) da Enfermagem, fato constatado pelas participantes em seus respectivos cotidianos profissionais.

A ausência e/ou deficiência do aspecto educativo foi apontado como a principal causa de (des)cuidado de Enfermagem, seguido da ausência de ética, refletido através da conivência e do silêncio do profissional.

Também o poder institucionalizado, o poder profissional, a banalização da violência, a ausência de empatia, de solidariedade, de amor, de compromisso e o desrespeito sócio-cultural ao cliente são considerados os coadjuvantes deste fenômeno.

Ainda, para as participantes, outras razões são apontadas como relevantes na gênese das situações de violência do (des)cuidado e de violência institucionalizada: a falta de amor próprio e para com o semelhante, os chamados mecanismos de defesa, tanto no sentido de

evitar-se qualquer envolvimento por parte do profissional da Enfermagem com o(a) cliente, ou seja, “a Enfermagem não pode se envolver com o/a cliente” – mito este que ainda prevalece e é transmitido aos educandos nas diferentes categorias da Enfermagem - como no sentido de fuga de diferentes situações, ou seja, se esquivar de situações que possam parecer ou até mesmo serem complicadas para o trabalhador/ trabalhadora de Enfermagem, o mal estar e insatisfação profissional, o desgaste dos trabalhadores e das trabalhadoras, o estresse provocado pelas condições de trabalho características da esfera da Saúde traduzido por longas jornadas, plantões noturnos, plantões seguidos, plantões em datas consideradas especiais (Natal, Ano Novo, etc), o que priva o/a profissional da convivência de familiares e amigos, podendo-o/a levar a frustrações e até mesmo à depressão. Todos estes fatores também contribuem para a gênese da violência institucionalizada na Saúde e na Enfermagem.

Na opinião geral das participantes, os caminhos para a prevenção do fenômeno da violência do (des)cuidado se iniciam pela Educação. As ações educativas, papéis importantes e fundamentais do(a) Enfermeiro(a), aliadas ao amor constituem-se a base da prevenção deste fenômeno, na concepção geral.

Através das colocações de cada participante, registradas abaixo, chegou-se ao objetivo específico final deste estudo que foi a construção de um conceito coletivo acerca do (des)cuidado de Enfermagem:

**Os caminhos para a prevenção da violência do cuidado, segundo as participantes deste estudo, apontam para:**

- Reconhecer a Educação como imprescindível e o amor como essencial;
- Buscar a transformação da realidade;
- Denunciar sim, mas, com compromisso;
- Tomar a educação como o caminho da emancipação = **Educação emancipadora** ;
- Reconhecer o outro como o legítimo outro;
- Humanizar a assistência;
- Relembrar, reaprender, reeducar a condição humana<sup>4</sup>
- Respeitar ao próximo;
- Utilizar o toque terapêutico;
- Melhorar a comunicação cliente/ equipe de Enfermagem;

---

<sup>4</sup> Baseado na obra de Morin – Os sete saberes da Educação, na qual um dos saberes básicos, segundo o autor, é ensinar a condição humana

- Atribuir valor ao próximo;
- Motivar a valorização e a auto-estima entre os integrantes da equipe de Enfermagem;
- Relacionar o amor ao compromisso com o próximo;
- Resgatar a dignidade é fundamental;
- Assumir a Ética como norteadora das ações do cuidado e/ou do processo de cuidar;
- Colocação final e mais importante do grupo: **(RE) PENSAR A VIDA!**

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Desenvolver esta temática foi apaixonante, gratificante, apesar de alguns percalços, desafiadora e, acima de tudo, ensinou a vencer diversos obstáculos como o medo, o descrédito, a desconfiança e, principalmente, o preconceito.

As contribuições das participantes deste estudo foram extremamente valiosas, enriquecedoras, assim como a experiência de desenvolver o Curso de Mestrado em Enfermagem, que representaram um crescimento profissional e pessoal de dimensões sem medida.

As oficinas educativas representaram um momento especial de crescimento no processo de compartilhar conhecimentos e saberes, de saber ouvir, refletir e agir.

Pessoalmente, esta autora pode dizer que após vinte anos de formada e de prática profissional “enclausurada” entre as quatro paredes do cotidiano assistencial hospitalar, sem jamais ter produzido nenhum conhecimento científico, sente-se gratificada e como uma recém-formada na arte da produção do conhecimento. Ainda há muito o que aprender, porém, existe disposição para novos desafios nesta trajetória.

Ao buscar um referencial teórico ou marco conceitual que alicerçasse a temática desenvolvida, inicialmente buscou-se nas teorias de Enfermagem algo que ajudasse a compreender o (des)cuidado de Enfermagem. Os pressupostos pessoais e de outros autores permitiram melhor reflexão e foram úteis em considerações, principalmente em relação aos aspectos educativos como fatores de prevenção e de combate à violência no processo de cuidar em Enfermagem.

Observa-se que é necessário utilizar conceitos de diversos autores de maneira a contemplar a idéia central. Entre os conceitos selecionados, os mais difíceis de serem

aplicados ao estudo foram o conceito de **sociedade**, conceito este que é considerado complexo, e o próprio conceito de **violência**, que reforça a idéia de que é um conceito polissêmico, com diversos significados e olhares diferenciados: a ótica de violência de determinado indivíduo não é a mesma ótica do outro indivíduo. Os conceitos de ser humano, empatia e solidariedade foram utilizados com frequência entre as participantes, tanto nos questionários, como nas oficinas, através de seus relatos, experiências e compartilhamentos. O conceito de Enfermagem inspirado em Travelbee, com base na relação de ajuda que esta teórica estabelece entre a Enfermeira e os seres humanos, foi de grande utilidade para sustentar a idéia do cuidado não violento, cuidado ético-estético-cidadão, pela sensibilidade que esta teórica se propõe a evidenciar. Compreende-se que a relação de ajuda e de busca de um sentido nesta relação consistem em alicerces do cuidado não violento entre Enfermeira/cliente(s). No caso da prevenção do (des)cuidado, os conceitos de **empatia, solidariedade e ser humano** foram de suma importância para compor a idéia de cuidado considerado não violento, inclusive, dentro do conceito coletivo de (des)cuidado de Enfermagem se fala na ausência de empatia e de solidariedade, além de se utilizar a expressão-conceito ser(es) humano(s).

Também foram utilizados os conceitos de **trabalhadores de Enfermagem**, que representaram o alvo da proposta, o conceito de **processo educativo**, apontado pelas participantes do estudo como a mola propulsora das ações de Enfermagem no combate e prevenção da violência no cuidado de Enfermagem, e o conceito de **cuidado/ processo de cuidar**, que é, na verdade, o âmago, a essência da profissão da Enfermagem, o objetivo de trabalho da profissão.

Já o conceito de **processo de ser saudável** apareceu nas falas das participantes, nos relatos de experiências e se encontra relacionado à possibilidade de um exercício do cotidiano de trabalho não violento e com qualidade. Para desempenhar o cuidado não violento, os trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem necessitam refletir sobre este processo de ser saudável. Nas oficinas as participantes refletiram sobre o que representava ser/ viver saudável e também refletiram de que maneira poderiam desempenhar um cuidado não violento, se não vivenciavam este processo saudável e de quais maneiras poderiam se tornar saudáveis. Também abordou-se a questão da qualidade na assistência relacionada ao processo de ser/ viver saudável, ou seja, de que maneira é possível, nos dias atuais, ser/ viver saudável.

Conclui-se que o **fenômeno da violência do (des)cuidado de Enfermagem verdadeiramente ocorre e com frequência**, infelizmente, em diversas situações identificadas e levantadas através da ação-reflexão das participantes deste estudo. Para as participantes, dentro do cotidiano da assistência de Enfermagem e, até mesmo, da Saúde, os clientes são as principais vítimas.

Uma das participantes, atuante na esfera da saúde mental, apontou a questão da violência como sintoma de alerta dentro da assistência da Saúde e da Enfermagem. Esta participante revela que a violência constitui sintoma importante e alarmante dentro de uma instituição de Saúde e que constitui questão de honra o posicionamento da Enfermagem e da própria instituição frente ao fenômeno: ignorar a violência é infringir e desrespeitar a Ética, em todos os seus aspectos.

O **(des)cuidado de Enfermagem** está representado, portanto, pela ausência de ações educativas, que se iniciam na formação familiar, como comprovaram diversos depoimentos descritos nas respostas das entrevistas, e se perpetuam na formação profissional, tanto no ensino médio, como no ensino superior. Praticamente, inexistente a abordagem acerca do (des)cuidado de Enfermagem durante os cursos de formação, sendo o (des)cuidado de Enfermagem foi apontado pelas participantes como um aspecto totalmente novo, decorrente da grande incidência da violência mundial. A abordagem da violência está ainda centrada nas questões relativas à violência praticada contra crianças e adolescentes (o que já representa um avanço na Enfermagem) e na identificação das violências fundamentais, ou seja, a violência física, a violência sexual, a violência psicológica (ainda pouco difundida) e a negligência, forma difícil de ser identificada.

Compartilhando com Grossi (apud Lopes et al 1996, p.142) que diz que os profissionais de Saúde encontram-se numa posição estratégica no sentido de detectar situações de risco para violência bem como as possíveis vítimas da violência, sobretudo as vítimas de violência familiar, as quais poderão ser agentes perpetradores de violência, cabe a estes profissionais da Enfermagem realizarem reflexões individuais e coletivas acerca da violência do cuidado de Enfermagem e na assistência à Saúde. Cabe aos Enfermeiros e Enfermeiras, desenvolverem ações educativas associadas às dimensões éticas do cuidado de Enfermagem. Grupos de auto-ajuda, grupos de oficinas educativas são alternativas excelentes onde todos podem se expressar e participar, além de fortalecer o “self” pessoal e o ‘self’ do grupo de trabalhadores da Enfermagem.

Não se pode, nem se deve ser conivente com as situações de violência presenciada diariamente no processo diário de trabalho/cuidar/cuidado. Não se pode calar, **denunciar é necessário**, aliás, **a denúncia é uma das armas poderosas de combate à violência**. O medo de denunciar ainda é imperativo em todas as esferas e nisso se inclui a esfera Jurídica: quem denuncia no Brasil é ridicularizado(a), ignorado(a), ou até mesmo ameaçado(a) de morte, correndo o risco de ser executado(a) barbaramente, como aconteceu com os saudosos colegas Marcos e Edma Valadão, assassinados na cidade do Rio de Janeiro, em setembro de 2000: ambos foram calados para sempre por denunciarem graves situações. Decorridos dois anos, o assassinato de Marcos e Edma continua sem solução, caracterizando um outro problema da violência: a impunidade dos culpados. Na Saúde e na Enfermagem, os culpados às vezes até são apontados, porém nada lhes acontece, perpetuando-se a lei da impunidade e, garantindo assim, a continuidade do exercício da violência.

É na família onde se deve iniciar a prevenção do fenômeno da violência, com a formação de valores, determinação de limites (a violência, muitas vezes ocorre pela ausência de limites!) permeada pela Educação, o respeito, o diálogo, o amor, o perdão e, sobretudo, permitam dizer, com a presença de Deus dentro dos lares. A família representa a base de todos os princípios éticos, humanos e de cidadania.

À sociedade, cabe também o desenvolvimento de valores, o respeito ao cidadão e programas de prevenção e/ou combate ao fenômeno da violência.

Aos docentes no ensino fundamental, faz-se necessário trabalhar-se com as questões relacionadas à violência intra-familiar e do cotidiano. A violência do (des)cuidado é real, presente, palpável e lamentável, que precisa ser combatida com amor e Educação. No ensino médio, como é o caso dos cursos de formação de Técnico de Enfermagem, é necessário abordar as dimensões éticas do (des)cuidado. Aos docentes de cursos de graduação da Saúde, Educação, Direito faz-se necessário também trabalhar as dimensões ético-educativas da violência cotidiana.

Finalmente, aos docentes dos cursos de graduação em Enfermagem – me incluo nesta esfera de atuação – recai a responsabilidade maior de abordar todas as questões relacionadas com a violência em geral, a violência na Saúde e, sobretudo, a violência no cotidiano de trabalho e do processo de cuidar em Enfermagem. Precisamos desenvolver e trabalhar com as dimensões ético-educativo-estéticas do (des)cuidado de Enfermagem.



Acredita-se na contribuição deste estudo, não apenas em relação à ciência da Enfermagem, porém, em outras esferas como a Medicina, a Psicologia, as Ciências Políticas e Sociais, uma vez que a violência constitui-se em fenômeno amplo, abrangente e de abordagem multidisciplinar e também pelo fato deste mesmo estudo trazer contribuições reflexivas sobre Ética, Educação e Violência.

Como aponta Zilda Arns, da Pastoral da Criança, durante palestra proferida no 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em Curitiba-PR (2001), a Enfermagem deveria se preocupar em despertar a sociedade para questões como a paz, a saúde, para a Educação e que todo profissional é um educador, sendo os Enfermeiros e Enfermeiras potencialmente agentes de estratégias educativas, portanto, representa uma responsabilidade a ser assumida pelos profissionais da Enfermagem.

Como alerta Morin (2001), necessita-se (re)aprender a condição humana. Enfermeiras e Enfermeiros necessitam, sobretudo, repensar a Enfermagem e a vida!

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALTHOFF, Coleta Rinaldi. **Convivendo em família:** contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2001. 200p. (Série Teses em Enfermagem).

ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSEN, Ingrid; LAURINDO, Alessandra. Família: o foco do cuidado na Enfermagem. In: **Texto & Contexto – Enfermagem** Florianópolis, v.7. n.2, p.320-327, mai./ago.1998.

ALVES, Débora Cristina I.; SILVA, Lili Marlene H.da; FERNANDES, Luciana M.; DURMAN, Solânia. A Violência no idoso. **Nursing:** Revista Técnica de Enfermagem.São Paulo: Ferreira e Bento, n. 47, abril de 2002, p.26-30

ALVES, Delvair de Brito. **Trabalho, Educação e Conhecimento na Enfermagem:** uma contribuição aos estudos sobre força de trabalho feminina. São Cristóvão: Editora da Universidade Federal de Sergipe, Fundação Oviêdo Teixeira, 2000.

ARENDT, Hannah . **Sobre a violência.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ASSIS, Simone Gonçalves de. **Traçando caminhos em uma sociedade violenta:** a vida de jovens infratores e de seus irmãos não-infratores. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 236p.

AZAMBUJA, Maria Regina F. de. Enfermagem da região Sul; (11.:2000:Porto Alegre). 11º Encontro de Enfermeiros da Região Sul-ENFSUL/ Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn. Anais [...] Porto Alegre: ABEn/RS, 2000.

AZEVEDO, Maria Amélia de. GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. Apostilas do **Oitavo Telecurso de Especialização em Violência Doméstica.** São Paulo: LACRI/USP, 2001.

AZEVEDO, Maria Amélia.; GUERRA, Viviane Nogueira Azevedo(orgs.) et all. **Mania de bater:** a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Iglu Ed., 2001.

AZEVEDO, Maria Amélia.; GUERRA, Viviane Nogueira Azevedo. **Crianças vitimizadas:** a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu Editora, 1985.

AZEVEDO GUERRA, Viviane Nogueira. **Violência de Pais contra Filhos: a tragédia revisitada**. São Paulo: Cortez, 1998.

BETTO, Frei (pseudônimo de Carlos Alberto Libâneo Christo). A criança é um brinquedo erótico. In: **Folha de São Paulo**. São Paulo: 1º Caderno, Seção Opinião, p.3. 12 de Outubro de 2000.

BIEHL, Jane Isabel. **Criança hospitalizada por maus-tratos: o cuidado e significado das vivências de cuidadores de enfermagem**. Florianópolis, 1997, 212 fs. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

BONETTI, Alinne, WIGGERS, Raquel. Antropologia e violência: notas para uma reflexão acerca da pluralidade do fenômeno da violência. In **Texto & Contexto – Enfermagem** Florianópolis, v.8, n.2, p.483-488, mai./ago. 1999.

BOULDING, E. **La violencia y sus causas**. Paris: UNESCO, 1981.

BRASIL, Kátia; CIPOLA, Ari. Governo faz primeira ação contra a prostituição e Manaus tem 3.000 menores prostituídos. In: **Folha de São Paulo**. São Paulo: Suplemento Cotidiano, p.6. 10 de Julho de 2000.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CARPER, Bárbara. A Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. In: *Advanced Nursing Science*, v.1, n.1, p.13-23, 1978.

CARVALHO FIGUEIREDO, Kátia. **Representações Sociais de violência: a visão da criança e do adolescente**. Florianópolis, 2000. f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina.

CEPIA/CEDIM. **Violência contra a mulher: um guia de defesa, orientação e apoio**. Disponível em <<http://www.cedim.rj.gov.br/texto22htm>> . Acesso em 12 setembro 2001.

CHAUD, Massae Noda (org.) et all. **O cotidiano da Prática de Enfermagem Pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1999.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CIPOLA, Ari. FEBEM é a que mais desrespeita o Estatuto. In: **Folha de São Paulo**. São Paulo, 11 de julho de 2000, Suplemento Cotidiano, p.6.

COSTA, Eliani, KOERICH, Magda Santos, MACHADO, Rosani. **Loucura, condição humana e cidadania**. Florianópolis, 2001. Texto digitado, apresentado à disciplina Seminário de Controvérsias, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

DILLY, Cirlene M. L., JESUS, Maria Cristina P.de. **Processo Educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe, 1995.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: construindo um novo método em Enfermagem.** São Paulo: Ícone, 1996.

ELSEN, Ingrid. Discurso de abertura do Congresso Internacional Família e Violência. **Texto & Contexto – Enfermagem** Florianópolis, v.8, n.2, p.25-28, mai./ago. 1999.

FIGUEIREDO, Mauro Teixeira de. **O avesso da violência: O movimento nacional de meninos e meninas de rua e a luta pela cidadania para crianças e adolescentes no Brasil.** Florianópolis, 1996. f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Universidade Federal de Santa Catarina.

GABEL, Marceline (Org.) **Crianças vítimas de abuso sexual.** Tradução Sonia Goldfeder. São Paulo: Summus editorial, 1997.

GALTUNG, Johan. Violência, paz e investigação sobre a paz. In: BRAILLARD, Philippe. **Teoria das Relações Internacionais.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 4ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GRÜDTNER, Dalva Irazy. **Processo educativo participativo com enfoque na ajuda à família: uma experiência na disciplina de enfermagem cirúrgica.** Florianópolis, 1997. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

LATERMAN, Ilana. **Violência e incivildade na escola: nem vítimas, nem culpados.** Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2000.

LEOPARDI, Maria Tereza et al. **O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 176p.

LEOPARDI, Maria Tereza (org.), BECK, Carmem L.C., NIETSCHE, Elisabeta A., GONZALES, Rosa M.B.. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEOPARDI, Maria Tereza, GELBCKE, Francine Lima, RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, vol. 10, n.02, mai./ago.2001, p.32-49.

LOPES, Marta J.M., MEYER, Dagmar E., WALDOW, Vera Regina, (orgs.) **Gênero e Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MAFFESOLI, Michel. **Dinâmica da violência.** São Paulo: Vértice, 1987.

MATHIS, Ruy de. **Agressividade e violência juvenil.** disponível em <[http://www.revistapsicologia.com.br/materias/hoje/m\\_hoje\\_agressividade.htm](http://www.revistapsicologia.com.br/materias/hoje/m_hoje_agressividade.htm)> Acesso em: 20 setembro 2001.

MAZARAKIS, Maria Lenise. **Doença Mental: uma lição de vida.** Itajaí: Editora da UNIVALI, 2000. 154p.

MENEGHEL, Stela N.; GIULIANI, Elsa J.; FALCETO, Olga. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(2) : 327-335, abr-jun, 1998.

MENEZES, Maria do Rosário de. **Da violência revelada à violência silenciada**: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Fala galera**: juventude, violência e cidadania. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. DESLANDES, Suely Ferreira A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(1): 35-42, jan-mar, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Seminário Nacional sobre violência urbana e segurança pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MORIN, Edgard. **Os sete saberes da Educação**. Brasília : UNESCO, 2001.

MORAIS, Eliane Pinheiro. **Negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes**: uma proposta para atuação da enfermeira com famílias. Florianópolis, 1998. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

NOLASCO, Sócrates. A Violência é masculina. **ISTO É**, Agosto de 2001.

ODALIA, Nilo. **O que é violência**. São Paulo: Nova Cultural/ Brasiliense, 1985.

OLIVEIRA, Maria Emília de., ZAMPIERI, Maria de Fátima M., BRÜGGEMANN, Odaléa M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

PALMA FILHO, João Cardoso. Cidadania e Educação. **CADERNOS DE PESQUISA/ FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/ Cortez Editora, p.101-121, nº 104, Julho de 1998.

PENNA, Cláudia, PATRÍCIO, Zuleica M. Quotidiano da Folha & Quotidiano de Michel Maffesoli: reflexões sobre a saúde do brasileiro. In: REZENDE, Ana Lúcia M. de, RAMOS, Flávia R.S., PATRÍCIO, Zuleica M. **O fio das moiras**: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1995.

PEREIRA, Silvana Maria; FERRIANI, Maria das Graças C.; HIRATA, Marisa Correia. Violência sexual: promoção de direitos humanos sexuais e reprodutivos x violência sexual. RAMOS, Flávia Regina Souza(org.) **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher. Brasília: ABEn, 2001, p.104-111.

PEREIRA, Silvana Maria; SANTANA, Judith S. da S.; FERRIANI, Maria das Graças C. Violência rima com Adolescência? In: RAMOS, Flávia Regina Souza (org.) **Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem**. Brasília: ABEn, 2001, p.95-104.

PIRES, Denise Elvira Pires de. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação dos Trabalhadores em Segurança Social/ CUT; Annablume, 1998.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRADO, Marta Lenise do. **Caminhos perigosos: violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito**. Pelotas: Ed.Universitária, 1998.

PRADO, Marta Lenise do. **Caminhos perigosos: uma aproximação ao problema da violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito**. Florianópolis. UFSC. Tese (Doutorado em Enfermagem). Curso de Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

PUEYO, R. Capilla. **El Síndrome de Bournout: o desgaste profissional**. Disponível em < <http://www.enfermeria.com>> e < <http://www.metas.org>> Acesso em 07 agosto 2001.

RADÜNZ, Vera. **Uma Filosofia para Enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do *Burnout***. Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001.

RAMOS, Flávia Regina Souza. O Processo de Trabalho de Educação em Saúde. In: RAMOS, Flávia Regina Souza., VERDI, Marta Inês Machado., KLEBA, Maria Elisabeth. **Para pensar o cotidiano em saúde e a práxis da enfermagem** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

RAVAZZOLA, M. Cristina. **Violencia familiar: el abuso relacional como um ataque a los derechos humanos: sistemas familiares**. Buenos Aires: [s.n.], 1998.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de; RAMOS, Flávia R.S.; PATRÍCIO, Zuleica Maria. **O fio das moiras: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1995.

RIBEIRO, Ivete Maria. **Interação: a enfermagem assistindo a criança maltratada**. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).Programa de pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

RIBEIRO, Rosa Lúcia Rocha. **A violência à criança hospitalizada: a dimensão ética da intervenção terapêutica**. Cuiabá, 1998.127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso/ Universidade Federal de Santa Catarina.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: MADEIRA, Felícia Reicher (org.) **Quem mandou nascer mulher?** estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997.

SALUM, Nádia Chiodelli. **Educação Continuada no trabalho:** uma perspectiva inovadora de transformação da prática e valorização do(a) trabalhador(a) de Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Mestrado em Assistência de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania. Diretoria de Proteção à Criança e ao Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Florianópolis: Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, 2001.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e da Família/CENTRO CRESCER SEM VIOLÊNCIA. **Violência Doméstica contra crianças e adolescentes.** Apostila do Curso de capacitação para Conselhos Tutelares e de direitos de Santa Catarina. Florianópolis: Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina, 1999.

SCHMICKLER, Catarina Maria. **A revelação do indizível:** um estudo sobre o protagonista do abuso sexual incestuoso contra crianças e adolescentes. São Paulo: PUC/SP, 2001. Tese (Doutorado em Serviço Social). Doutorado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SCHELP, Diogo. De frente para o crime. **VEJA**, p. 106-107, 08 de agosto de 2001.

SCHWARTZMAN, Simon. **Evolução e Características do Trabalho Infantil no Brasil.** Texto digitado. Sem ano de publicação.

SILVA, Yolanda Flores e; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; PFEIFFER, Susan A.A Enfermeira e o cuidador da pessoa idosa no contexto domiciliar. **Revista Texto & Contexto Enfermagem** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, vol. 6, n.02, mai./ago.1997, p.391.

SPOSITO, Marília Pontes. A Instituição Escolar e a Violência. **Cadernos de pesquisa.** São Paulo: Fundação Carlos Chagas/ Cortez Editora, p. 58-75, nº 104, Julho, 1998.

STOPPINO, Mário. Violência. In: BOBBIO, N., MATTEUCCI, N., PASQUINO, G. **Dicionário de Política.** 2ª ed. Brasília: Universidade de Brasília 1996, p.1261.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion em Enfermeria Psiquiatrica:** el proceso de la relacion de persona a persona. Cali (Colombia): Carvajal, 1979.

TRENTINI, Mercedes. PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem:** uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia. Assistência e Pesquisa em Enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. **Revista Texto & Contexto Enfermagem** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, vol. 10, n.02, mai./ago.2001, p.11-31.

VARELA, Zulene M.V., SILVA, Raimunda M., BARROSO, Maria Grasiela T. **Dimensões do cotidiano:** violência doméstica, saúde da mulher e desempenho no trabalho. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1998.

VANRELL, Jorge Paulette. **Maus tratos na Infância**. Material obtido através do site <http://www.epub.org.br> .Acesso em Julho de 2000.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1998.

WALDOW, Vera Regina, LOPES, Marta J.M., MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a Enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Débora Cristina I.; SILVA, Lili Marlene H.da; FERNANDES, Luciana M.; DURMAN, Solânia. A Violência no idoso. **Nursing**: Revista Técnica de Enfermagem. São Paulo: Ferreira e Bento, n. 47, abril de 2002, p.26-30

ALVES, Delvair de Brito. **Trabalho, Educação e Conhecimento na Enfermagem**: uma contribuição aos estudos sobre força de trabalho feminina. São Cristóvão: Editora da Universidade Federal de Sergipe, Fundação Oviêdo Teixeira, 2000.

ARENDT, Hannah . **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ASSIS, Simone Gonçalves de. **Traçando caminhos em uma sociedade violenta**: a vida de jovens infratores e de seus irmãos não-infratores. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 236p.

AZEVEDO, Maria Amélia.; GUERRA, Viviane Nogueira Azevedo. Apostilas (I, II e III) do VIII Telecurso de Especialização em Violência Doméstica. São Paulo: LACRI/USP, 2001.

AZEVEDO, Maria Amélia. GUERRA, Viviane Nogueira Azevedo. **Crianças vitimizadas**: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu Editora, 1989.

AZEVEDO GUERRA, Viviane Nogueira. **Violência de Pais contra Filhos**: a tragédia revisitada. São Paulo: Cortez, 1998.

AZEVEDO, Maria Amélia, GUERRA, Viviane N.A.et all. **Mania de bater**: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Iglu, 2001.

BONETTI, Alinne, WIGGERS, Raquel. Antropologia e violência: notas para uma reflexão acerca da pluralidade do fenômeno da violência. In **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.2, p.483-488, mai./ago. 1999.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Oitava Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília, 1986.

CARPER, Barbara. A Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. In: **Advanced Nursing Science**, v.1, n.1, p.13-23, 1978.

CARVALHO DE FIGUEIREDO, Kátia **Representações Sociais de violência**: a visão da criança e do adolescente. Florianópolis: UFSC. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Curso de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

CEPIA/CEDIM. **Violência contra a mulher:** um guia de defesa, orientação e apoio. Disponível em <<http://www.cedim.rj.gov.br/texto22htm>> . Acesso em 12 setembro 2001.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. **Perspectivas antropológicas da mulher.** Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

Terceira Idade em Perigo. **Revista Cláudia.** São Paulo: Ed. Abril, Outubro, 2000, p.27.

COSTA, Eliani; KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos. **Loucura, Condição Humana e Cidadania.** Florianópolis, 2001. Texto digitado, apresentado à disciplina Seminário de Controvérsias, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

DESLANDES, Suely F. **Prevenir a violência:** um desafio para os profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ENSP/ CLAVES, 1994.

DILLY, Cirlene Maria Lessa.; JESUS, Maria Cristina P. de. **Processo educativo em enfermagem:** das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe editorial, 1995.

ELSEN, Ingrid. Discurso de abertura do Congresso Internacional Família e Violência. **Texto & Contexto - Enfermagem** Florianópolis, v.8, n.2, p.25-28, mai./ago. 1999.

FIGUEIREDO, Mauro Teixeira de. **O avesso da violência:** O movimento nacional de meninos e meninas de rua e a luta pela cidadania para crianças e adolescentes no Brasil. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Universidade Federal de Santa Catarina.

GALTUNG, Johan. Violência, paz e investigação sobre a paz. BRAILLARD, Philippe. **Teoria das Relações Internacionais.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

GODANI, Guhn. **Prevenção e Tratamento de Crianças vítimas de Violência Psicológica Doméstica.** São Paulo, 2001. Anotações realizadas a partir da conferência proferida pela autora em 20 de agosto de 2001.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 4ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GONÇALVES, Lúcia Hisako

GRÜDTNER, Dalva Irany (org.), MACHADO, Andréa S., ELSEN, Ingrid, RODRIGUES, Pablina. **Conhecimentos e práticas de cuidados relacionados com o fenômeno da violência doméstica contra a crianças e o adolescente nos cursos de graduação de Enfermagem de Santa Catarina – Relatório final.** Florianópolis. 2002. 35p.

LATERMAN, Ilana. **Violência e incivilidade na escola:** nem vítimas, nem culpados. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2000.

LEOPARDI, Maria Tereza, GELBCKE, Francine Lima, RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da Enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, vol. 10, n.02,jan./abr.2001, p.32-49.

LEOPARDI, Maria Tereza(org.), BECK, Carmem L.C., NIETSCHE, Elisabeta A., GONZALES, Rosa M.B.. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEOPARDI, Maria Tereza et al. **O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 176p.

LOPES, Marta J.M., MEYER, Dagmar E., WALDOW, Vera Regina, (orgs.) **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MAFFESOLI, Michel. **Dinâmica da violência**. São Paulo: Vértice, 1987.

MAZARAKIS, Maria Lenise. **Doença Mental: uma lição de vida**. Itajaí: Editora da UNIVALI, 2000.

MELLO, Elisabeth. Oficinas. Material digitado.[s.d.].

MENEZES, Maria do Rosário de. **Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso**, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Seminário Nacional sobre violência urbana e segurança pública**. Brasília: Ministério da Saúde,2001.

MORAIS, Eliane Pinheiro. **Negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes: uma proposta para atuação da enfermeira com famílias**. Florianópolis. UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Mestrado em Assistência de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

ODALIA, Nilo. **O que é violência**. São Paulo: Nova Cultural/ Brasiliense, 1985.

OLIVEIRA, Maria Emília de., ZAMPIERI, Maria de Fátima M., BRÜGGEMANN, Odaléa M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

PENNA, Cláudia.; PATRÍCIO, Zuleica M. Quotidiano da Folha & Quotidiano de Michel Maffesoli: reflexões sobre a saúde do brasileiro. In: REZENDE, Ana L. M.; RAMOS, Flávia R.S.; PATRÍCIO, Zuleica M. **O fio das moiras: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde**. Florianópolis: ed. da UFSC, 1995.

PIRES, Denise Elvira Pires de. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação dos Trabalhadores em Seguridade Social/ CUT; Annablume, 1998.

PRADO, Marta Lenise do. **Caminhos perigosos: violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito**. Pelotas: Ed.Universitária, 1998.

PRADO, Marta Lenise do. **Caminhos perigosos: uma aproximação ao problema da violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito**. Florianópolis. UFSC. Tese (Doutorado em

Enfermagem). Curso de Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

RAMOS, Flávia Regina Souza.; VERDI, Marta Inês Machado.; KLEBA, Maria Elisabeth. **Para pensar o cotidiano:** educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

RADÜNZ, Vera. **Uma Filosofia para Enfermeiros:** o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do *Burnout*. Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001.

RAVAZZOLA, M. Cristina. **Violencia familiar:** el abuso relacional como um ataque a los derechos humanos: sistemas familiares. Buenos Aires: [s.n.], 1998.

RIBEIRO, Rosa Lúcia Rocha. **A violência à criança hospitalizada:** a dimensão ética da intervenção terapêutica. Cuiabá. UFSM/ UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso/ Universidade Federal de Santa Catarina.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. MADEIRA, Felícia Reicher (org.) **Quem mandou nascer mulher?** estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997

SALUM, Nádia Chiodelli. **Educação Continuada no trabalho:** uma perspectiva inovadora de transformação da prática e valorização do(a) trabalhador(a) de Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Mestrado em Assistência de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

SCHMICKLER, Catarina Maria. **A revelação do indizível:** um estudo sobre o protagonista do abuso sexual incestuoso contra crianças e adolescentes. São Paulo: PUC/SP, 2001. Tese (Doutorado em Serviço Social). Doutorado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SCHWARTZMAN, Simon. **Evolução e Características do Trabalho Infantil no Brasil.** Texto digitado. Sem ano de publicação.

SILVA, Yolanda Flores e; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; PFEIFFER, Susan A.A Enfermeira e o cuidador da pessoa idosa no contexto domiciliar. **Revista Texto & Contexto Enfermagem** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, vol. 6, n.02, mai./ago.1997, p.391.

STOPPINO, Mário. Violência. In: BOBBIO, N., MATTEUCCI, N., PASQUINO, G. **Dicionário de Política.** 2ª ed. Brasília: Universidade de Brasília 1996, p.1261.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en Enfermeria Psiquiatrica; El Proceso de La Relacion Persona a Persona.** Cali : Carvajal S.A

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia. Assistência e Pesquisa em Enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**

Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, vol. 10, n.02,Jan./Abr.2001, p.11-31.

TRENTINI, Mercedes. PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem:** uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1998.

WALDOW, Vera Regina, LOPES, Marta J.M., MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a Enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

## **ANEXOS**

## ANEXO 01 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Para seu conhecimento, a Enfermeira **Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias**, aluna do **Curso de Mestrado em Enfermagem – área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade** – da **Universidade Federal de Santa Catarina**, sob a responsabilidade da **Professora Orientadora Dra. Flávia Regina Souza Ramos**, estará desenvolvendo estudo com grupo de trabalhadores da Enfermagem (Enfermeiras e Enfermeiros, Técnicas e Técnicos em Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem), de diferentes instituições, bem como de diferentes áreas de atuação, acerca das percepções e significados acerca da violência em geral e do (des)cuidado de Enfermagem por parte das trabalhadoras e dos trabalhadores de Enfermagem. A proposta será realizada em duas etapas:

- **Primeira etapa:** consistirá, inicialmente, em realização de entrevista semi-estruturada a ser realizada **individualmente, com garantia de sigilo e confiabilidade**, com cada participante visando conhecer as suas percepções, sentimentos e significados acerca da violência do cuidado.
- **Segunda etapa:** Após a realização das entrevistas, em época e local a ser combinado entre os participantes, serão realizadas oficinas de sensibilização e instrumentalização acerca da violência e do cuidado às vítimas de violência e de seus familiares.

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (função na equipe de enfermagem) estou de acordo em participar, de livre e espontânea vontade, podendo desistir a qualquer momento, assim como ter garantia de confiabilidade e sigilo. Estou de acordo com a utilização de gravador, máquina fotográfica e/ou filmadora durante a realização das oficinas e, de que os dados obtidos sejam utilizados e divulgados no referido estudo.

Desde já, agradeço pela sua cooperação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2002.

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

## ANEXO 02 - Questionário

### IDENTIFICAÇÃO:

CATEGORIA PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

CASO ATUE EM INSTITUIÇÃO, MENCIONE A NATUREZA ASSISTENCIAL DA MESMA (Exemplos: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde mental, Enfermagem Domiciliar, Terapia Intensiva, etc.): \_\_\_\_\_

01. Defina com suas próprias palavras o que é violência:
02. Que sentimentos a violência desperta em você?
03. Que palavra/ quais palavras são sinônimos de violência para você?
04. Você sabe identificar as formas de violência? quais as formas de violência que você conhece?
05. Já presenciou alguma cena de violência em sua família? Como foi? Observação:  
Relate-a somente se você se sentir à vontade para fazê-lo
06. Já presenciou alguma forma de violência exercida em termos de cuidado de enfermagem? Como foi? Observação: Relate-a somente se você se sentir à vontade, não havendo necessidade de identificar a instituição aonde ocorreu/ocorreram o(s) fato(s).
07. Já presenciou alguma forma de violência na instituição aonde trabalha? Como foi?  
Observação : Relate-a somente se você se sentir à vontade, não havendo necessidade de identificar a instituição aonde ocorreu/ocorreram o(s) fato(s).
08. Este espaço é para que você faça comentários que desejar e/ou sugestões.



### **ANEXO 03 - Convite**

Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias, especialista em Violência Doméstica pela Universidade de São Paulo e aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, está desenvolvendo sua dissertação de Mestrado intitulada *(des)cuidado no processo de trabalho/ cuidar/ cuidado de Enfermagem*, sob orientação da profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos.

#### **Seu projeto consiste em duas etapas :**

1ª etapa: Aplicação de uma entrevista semi-estruturada, na forma de um questionário – não é para identificá-lo com o seu nome, a menos que o(a) participante deseje. O objetivo desta etapa é conhecer as representações e percepções da violência por parte dos participantes. Será realizada análise das informações que darão seguimento à segunda etapa:

2ª etapa: a partir dos dados obtidos, serão realizadas oficinas acerca da violência no cuidado de Enfermagem. Serão momentos de reflexão e de construção coletiva de um conceito de (des)cuidado de Enfermagem e também de medidas de prevenção deste (des)cuidado.

**Oficinas**: serão realizadas três (03) oficinas, com duas horas de duração;

**Data das oficinas**: 21, 22 e 23 de fevereiro de 2002 - 4ª, 5ª e 6ª feira, respectivamente.

**Horário**: 19 às 21 horas

**Local**: *Centro Profissionalizante Vida - CEPROVI*

Rua Tenente Silveira, 211 – Centro Comercial Partenon (Em frente à TAY e à POP – ambas lojas de cosméticos) – 4º andar – sala 402 – Centro – Florianópolis -SC

***Contamos com a sua valiosa participação! Muito obrigada.***

Heloisa H.Z.R.Dias

## **ANEXO 04 – Declaração de participação - certificado**

Declaramos que \_\_\_\_\_

Participou das oficinas sobre **violência do (des)cuidado de Enfermagem**, realizadas nos dias 20,21 e 22 de fevereiro de 2002, no CEPROVI – Centro Profissionalizante Vida, ministradas por **Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias**, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC – Curso de Mestrado em Enfermagem, sob a responsabilidade da orientadora Profa. Dra. **Flávia Regina Souza Ramos**, perfazendo um total de 06 horas/aula.

Florianópolis, 22 de fevereiro de 2002

Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias – Mestranda em  
Enfermagem/ Especialista em Violência Doméstica (USP)

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos – Orientadora –  
Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC

## ANEXO 05

**Ofício encaminhado à Profa. Enfa. Verônica Mattos Tezza, diretora do CEPROVI (Centro Profissionalizante Vida) , solicitando cessão de espaço físico para realização das oficinas**

Florianópolis, 11 de janeiro de 2002 Ofício s/nº/2002

Prezada senhora:

Sou aluna do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Mestrado em Enfermagem /Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Em minha dissertação, estou desenvolvendo o tema *Violência no trabalho de Enfermagem – uma proposta educativa*, com trabalhadores da equipe de Enfermagem – Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, de diferentes áreas de atuação e diversas instituições, sob a responsabilidade da profa. Dra Flávia Regina Souza Ramos. O presente projeto constitui-se de duas etapas distintas: a primeira etapa consiste em entrevista semi-estruturada escrita, a qual deverá ser devolvida até 01 de fevereiro próximo; a segunda etapa, consistirá na realização de oficinas educativas com os participantes.

Sendo assim, venho à V.S. requerer a concessão de espaço físico no período de 05 a 08 de fevereiro do corrente, no horário vespertino – 17 às 18:30 horas, se possível – para a realização das oficinas.

Coloco-me inteiramente à disposição de V.S. para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Helôisa Helena Zimmer Ribas Dias

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC