

Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana

Violencia doméstica y enfermería: de la percepción del fenómeno a la realidad cotidiana

Domestic Violence and Nursing: from the Perception of the Phenomenon to Daily Reality

SALCEDO-BARRIENTOS DM*, GONÇALVES L**, OLIVEIRA JUNIOR M***, EGRY EY****

Resumo

A violência decorre dos conflitos de autoridade, das lutas de poder, da vontade de domínio, do desejo de aniquilação dos outros e de seus bens. É importante considerar os impactos que os casos de violência têm na sociedade. O estudo teve como objetivo a identificação da percepção dos enfermeiros de Atenção Básica sobre o fenômeno da violência doméstica e sua relação com as famílias. Foi um estudo prospectivo, descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, e sustentada pela Teoria de Intervenção “Prática” da Enfermagem de Saúde Coletiva. Foram propostas três categorias de análise: conceito de família, processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica e gênero. Sete entrevistas em profundidade foram feitas a enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde na região metropolitana de São Paulo. A técnica de Análise do Discurso de Fiorin foi utilizada, surgindo dela quatro categorias empíricas: Refletindo sobre a família e o processo Saúde-Doença; a família e seus conceitos atuais; o trabalho de enfermeira com as fa-

mílias das vítimas de violência, eles exprimiram sua impotência para ultrapassá-las e percebem uma carência de cursos de preparação e de capacitação que dificultam a ação profissional perante este tema. É sugerida a capacitação dos profissionais através da educação permanente para reorganizar o processo de trabalho, focalizado nas necessidades das famílias vítimas de violência.

Palavras chave: violência doméstica, saúde pública, gênero e saúde

Resumen

La violencia transcurre de los conflictos de autoridad, de las luchas por el poder, de la voluntad de dominio, deseo de aniquilamiento de otro o de sus bienes. Se debe considerar los impactos que los casos de violencia causan en los servicios de

* Doutora em Enfermagem. Enfermeira. Psicodramatista-Socioeducacional. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). dorabarrimentos@usp.br, São Paulo, Brasil.

** Especialista em Enfermagem em Saúde Coletiva para atuação no Programa de Saúde da Família. Enfermeiro. Enfermeiro da UBS Comercial. São Paulo, Brasil. lrgs@hotmail.com, São Paulo, Brasil.

*** Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Saúde Coletiva para atuação no Programa de Saúde da Família. São Paulo, Brasil. mauricio_enfermagem@yahoo.com.br, São Paulo, Brasil.

**** Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pesquisadora CNPq1A. emiyegry@usp.br, São Paulo, Brasil.

salud. Tuvo como objetivo identificar la percepción de los enfermeros de la Atención Básica acerca del fenómeno de la violencia doméstica y su relación con las familias. Es un estudio prospectivo, descriptivo y exploratorio, abordaje cualitativo, sustentado por la Teoría de Intervención “Práctica” de la Enfermería en Salud Colectiva; fueron propuestas tres categorías analíticas: concepto de familia, proceso de trabajo del enfermero en la Atención Básica y género. Fueron realizadas siete entrevistas en profundidad con enfermeras de Unidades Básicas de Salud en la región Metropolitana de São Paulo. Fue utilizada la técnica de Análisis de Discurso de Fiorin, emergiendo cuatro categorías empíricas: Reflexionando sobre la familia y el proceso Salud Enfermedad; la familia y sus conceptos actuales; el trabajo de la enfermera con las familias víctimas de violencia; y las conductas realizadas frente a los casos de violencia. Se concluye que las enfermeras reconocen las dificultades y facilidades en la atención de familias víctimas de violencia, expresaron impotencia para superarlas y perciben escasez de cursos preparatorios y capacitaciones que dificultan la actuación profesional frente a la temática. Se sugiere la capacitación de los profesionales a través de la educación permanente para reorganizar el proceso de trabajo, enfocando a las necesidades de las familias víctimas de violencia.

Palabras clave: violencia doméstica, salud pública, género y salud. (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

Violence is derived from conflicts of authority, power struggles, the will to dominate, the desire to destroy others and their assets. It is important to consider the impact that cases of violence have on health services. The goal was to identify the Basic Care nurses' perception of the phenomenon of domestic violence and their relation with the families. Thanks to a prospective, descriptive and exploratory study, made with a qualitative approach and based upon the “Práctica” theory of intervention of Collective Health nursing. Three analytical categories were proposed: the concept of family, the work process of the Basic Attention nurses and gender. Seven in-depth interviews were made to the nurses of the Basic Care Units in the metropolitan region of Sao Paulo. The Fiorin Discourse analysis technique was used, which resulted in four empirical categories: Reflection about families and the health-disease process; the family and its current concepts; the nurse's work with the families that are victims of violence and the position taken when faced to cases of violence. It was concluded that the nurses recognize the difficulties and simplicities in the attention of families that were victims of violence. They expressed their impotence to overcome the difficulties and they sense a lack of preparation and training courses related to this matter, which in turn makes professional performance rather difficult. It was also suggested that professional training through per-

manent education is the way to reorganize the work processes, focusing on the needs of the families that were victims of violence.

Keywords: domestic violence, public health, gender and health

INTRODUÇÃO

O início do presente século, sem dúvida, enquadra-se dentro de um marco de profunda mudança nas formas de manifestação, de percepção e de abordagem de um fenômeno político-social denominado violência. Ainda assim, a violência é historicamente reconhecida e ainda pouco explorada em termos de intervenção pelas diversas sociedades.

A violência decorre dos conflitos de autoridade, das lutas pelo poder, da vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens (1). Dentro desta discussão conceitual, concorda-se que “há violência quando, em uma situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou mais pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais” (2).

No contexto familiar, apresenta-se como negligência, abuso sexual ou violência física contra crianças e adolescente, contra mulheres, idosos e pessoas com necessidades físicas e mentais, constituindo um importante impacto no bem-estar físico e emocional dessa população (3).

No âmbito da saúde, deve ser considerado o impacto que a violência causa na sociedade e nos seus serviços, tanto em termos de custo das ações de prevenção, do tratamento ou da promoção de uma política de paz entre os sujeitos. Dessa forma, configura importante objeto da Saúde Coletiva, no que tange à atuação dos profissionais de Atenção Básica para enfrentar e superar essa problemática. Sob esta perspectiva, a ação do setor saúde, integrado com outros setores sociais é mais que necessária; toma proporções fundamentais na manutenção da vida, bem-estar e saúde da população.

Analisando a historicidade dialética, principalmente na esfera conceitual, tem sido um desafio, para os profissionais de saúde, colocar a família como foco de atenção e cuidado.

A problemática familiar é complexa e necessita uma compreensão que leve em conta sua inserção no contex-

to socioeconômico e o momento do ciclo vivido. Investigar a situação evolutiva de uma família pode esclarecer situações de conflito que possam estar afetando as condições de saúde (4).

No Brasil, por sua extensão territorial, biodiversidade continental e diferentes etnias abrigadas desde seu descobrimento, co-habitamos com variadas formas de viver em família (5). Nas regiões urbanas, por exemplo, observa-se que o núcleo familiar tende a ser composto por várias gerações como forma de enfrentar dificuldades financeiras. As famílias, principalmente nas camadas mais pobres da população, constituem grupos voltados para a formação de uma renda que possibilite a sobrevivência de todos e favoreça o estabelecimento de planos para o futuro (4).

Nesse movimento pela manutenção de condições mínimas de vida é que as famílias enfrentam e se submetem ao fenômeno da violência, produzindo e reproduzindo conceitos de educação e disciplina baseados no uso da força, bem como a provação de recursos que têm origem em problemas de ordem estrutural.

O **objetivo** desse trabalho é identificar a percepção dos enfermeiros da Atenção Básica acerca do fenômeno da violência doméstica e sua relação com as famílias.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e exploratório, utilizando a abordagem qualitativa.

Sustentado pela Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), este estudo ocupou-se das duas primeiras etapas do método, que consistem na captação e interpretação da realidade objetiva de um dado fenômeno. Utilizou-se das categorias analíticas: conceito de família, processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica e gênero, todos sob a perspectiva do materialismo histórico e dialético, referencial adotado pela Saúde Coletiva (6).

Foram utilizados dados de fontes primárias e secundárias. Os dados de fonte primária foram obtidos por meio de dois instrumentos de pesquisa aplicados em diferentes períodos. No primeiro momento foram realizadas entrevistas em profundidade e, a seguir, foram aplicados questionários com perguntas abertas e fechadas para identificar o perfil demográfico dos colaboradores. As questões propostas para as entrevistas versavam

sobre as percepções destes profissionais sobre o tema em questão: a violência doméstica cometidas contra os clientes. As entrevistas foram realizadas em aproximadamente 30 minutos, nas unidades de saúde pertencentes à área de Abrangência da Secretaria da Saúde de Embu-Guaçu. Os dados de fonte secundária sobre o perfil sociodemográfico da população adstrita na região do estudo, bem como indicadores de morbidade e mortalidade dessa mesma população, foram coletados em sites oficiais que disponibilizam esse tipo de informação e analisados com base na estatística simples e descritiva.

Os discursos oriundos das entrevistas foram analisados segundo a técnica de Análise de Discurso (7), método que consiste em decodificar e interpretar o discurso dos atores/falantes para a apreensão dos conteúdos-chaves contidos em seus discursos. Os conteúdos-chaves foram organizados e constituíram quatro categorias empíricas, a saber: a) refletindo sobre família e o processo Saúde Doença; b) a família e seus conceitos atuais; c) o trabalho do enfermeiro com as famílias vítimas de violência; e d) as condutas realizadas frente aos casos de violência.

Foram entrevistadas sete enfermeiras que atuam em Unidades Básicas de Saúde, do serviço de Atenção Básica do Município de Embu-Guaçu, situado na Região Metropolitana de São Paulo. O critério para a inclusão foi de profissionais de Enfermagem com pelo menos seis meses de trabalho no próprio estabelecimento de saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, conforme resolução 196/1996 (8). Para manter o sigilo e resguardar a identidade dos participantes, os discursos apresentados neste trabalho estão identificados de forma codificada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil da violência no Brasil e em São Paulo

Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) permitem verificar a tendência de aumento nos indicadores de violência. Em 1980 as causas externas já eram responsáveis por aproximadamente metade (52,9%) do total de mortes dos jovens do país. Vinte e dois anos depois, em 2002, dos 47.885 óbitos juvenis registrados no SIM/DATASUS, 34.486, tiveram sua origem em causas externas, portanto esse percentual ele-

vou-se de forma drástica. No ano de 2002, acima de 2/3 de nossos jovens (72%) morreram por causas externas, maior número de homicídios (9).

O crescimento da violência nos indica, de forma indiscutível, que as atividades, campanhas e esforços sobre a questão são ainda insuficientes. Mostram a necessidade de profissionais capacitados, sobretudo enfermeiros, capazes de reconhecer situações de violência nas famílias atendidas pelos serviços locais de saúde. Além disso, é necessário ampliar a visão diagnóstico-individualista para uma visão totalizante, passando, a família, a ter posição central no cuidado (10).

O município de Embu-Guaçu

O município de Embu-Guaçu encontra-se localizado a 50 km do marco zero de São Paulo, tem a totalidade do território em área de proteção de mananciais, demandando formas alternativas de desenvolvimento econômico. Sua economia é baseada em indústrias de transformação e minerais não metálicos e atividade rural, integrando o cinturão verde da Capital, que levam pouco em conta os riscos ambientais (11).

A população em 2010 foi de 62.846 habitantes; terça parte da população possui rendimentos e outras 20.000 pessoas maiores de 10 anos de idade não possuíam renda alguma no ano de 2009; quase 20.000 habitantes tinham até sete anos de estudo, sendo que as causas de morbidade e mortalidade acompanham a tendência dos indicadores nacionais (12).

Conta com oito estabelecimentos de saúde cadastrados, sendo seis ligados diretamente ao Sistema Único de Saúde. No mesmo ano, o Município não registrava nenhum leito de internação.

Em relação à violência, o Plano Diretor do Município não prevê ações específicas do setor saúde contra a violência; porém, no capítulo que trata da segurança, aponta ações contra a violência urbana dirigida contra pessoas e seus patrimônios (13).

Resultados das entrevistas

As enfermeiras participantes da pesquisa foram sete mulheres, em faixa etária que varia entre vinte e dois a cinquenta e cinco anos, sendo a maioria predominante as idades de vinte e dois a vinte e nove anos. Em relação à ca-

pacitação, dos cursos realizados após a graduação, apenas duas enfermeiras se especializaram em Saúde da Família. No que se refere aos cursos de capacitação no Programa de Saúde da Família envolvendo momento introdutório, temas relacionados à família e temas relacionados à violência, três respostas foram positivas para a participação no momento introdutório e duas respostas foram assinadas para a capacitação no tema família e violência.

A análise dos discursos permitiu extrair quatro categorias empíricas, descritas e analisadas a seguir.

Refletindo sobre família e o processo saúde-doença

O homem é um ser de vida social, um ser histórico que, constantemente, transforma e é transformado pela sociedade; é produto e produtor da vida social. As formas de produção (trabalho) e reprodução social (consumo) a que estão inscritos os grupos sociais de uma sociedade determinam a qualidade de vida e também o processo saúde-doença ao longo de sua existência (6).

De acordo com as enfermeiras, a população é carente economicamente, subsidiada, sem condições de emprego e com falta de conhecimento, como evidenciado nas frases a seguir:

A população adstrita possui renda de zero a dois salários-mínimos. (3.1)

Grande parte dos moradores possui um “subemprego” sem registro em carteira e com salários baixíssimos. (3.2)

Muitos moradores não possuem condições de emprego, vivendo somente com os recursos da “renda cidadã”. (3.3)

De acordo com essas e outras considerações é que deve o profissional de saúde, especificamente o enfermeiro, enxergar as famílias que compõem o município de Embu-Guaçu, abstendo-se da tendência do “fazer por” para contemplar o que há por detrás de atos e reações praticadas em sociedade e em família. A noção de processo que envolve a saúde e a doença, além da própria determinação social desse processo, é a ferramenta que o profissional deve utilizar na sua prática cotidiana, reconhecendo os perfis da população por ele assistida.

De acordo com a Teoria da Determinação Social, a partir da análise do processo saúde-doença, saúde é conceituada por um processo, que pode simultaneamen-

te percorrer por “polos” de saúde e de doença. Condição esta determinada por situações favoráveis de saúde e sobrevivência, assim como por condições desfavoráveis (risco de adoecer e morrer) (6).

Segundo os relatos das enfermeiras, as famílias encontram-se em precárias condições de sobrevivência e acesso à saúde, como evidenciado nas frases a seguir:

Muitas famílias estão submetidas a “condições desumanas” de viver, tendo que pegar um “ônibus lotado às quatro horas da manhã” e “sem condições de comer”. (3.30)

As famílias têm dificuldade de acesso a UBS, por morarem em meio rural e terem que se deslocar (a pé) muitos quilômetros. (5.3)

Alguns problemas de saúde, trazidos ao serviço, são causados devido às condições de vida da população. (2.28)

Famílias e seus conceitos atuais

A família pode ser classificada de três formas básicas: a nuclear (conjugal), a extensa (consanguínea) e a abrangente, sendo a família nuclear constituída por pai, mãe e filhos; a extensa, composta por outros membros que tenham qualquer parentesco e a abrangente que inclui não parentes que coabitem sob o mesmo teto (14).

Outros autores entendem que a família não compreende somente aos laços de sangue, mas também a toda uma rede de solidariedade que favorece a sobrevivência, uma vez que funcionam como cúpula protetora frente às adversidades da vida. Assim, como explicam os autores, famílias são aqueles com quem se pode contar. E os grupos se estabelecem a partir de laços, afetivos e morais, de parentesco e vizinhança, que possibilitam a solidariedade, a troca de favores e a manutenção de hábitos, linguagem e valores culturais (4).

Para as enfermeiras de Embu-Guaçu, as famílias não possuem, em sua estrutura, todos os componentes do que poderíamos conceituar como família nuclear, como evidenciado na frase a seguir:

A maioria das pessoas que pertence à população não tem uma família constituída por “pai, mãe, filhos e irmãos”, sendo muitas crianças criadas por “mães, avós e tios”. (3.6)

Muitas pessoas (da população local) não possuem uma família “idealizada”, com a presença de “pai, mãe e filho”. (3.6)

A estrutura familiar “idealizada” (pai, mãe e filhos) é um “produto da sociedade” e não possui influência nos problemas da população. (3.13)

O profissional identifica quais são as funções desenvolvidas pelas famílias e qual é a “rede de apoio” destas estruturas. (3.40)

A exploração do tema família desenvolvido na Enfermagem e em diversas áreas do conhecimento tem tentado suprir essa necessidade de auxílio do profissional que lida com esta estrutura social. A compreensão do profissional quanto à família, não somente nos seus diferentes conceitos, mas também no aprofundamento da perspectiva teórica possibilita o entendimento do mundo familiar, bem como a relação entre os membros e entre outras instituições sociais. A partir de cada referencial é ainda possível vislumbrar possibilidades para a atuação do enfermeiro (15).

Apesar de toda a complexidade e diversidade de estruturas e funções estabelecidas e desempenhadas em cada grupo familiar, podemos identificar a existência ou não de uma família saudável. Embora seja diferente refletir sobre a saúde da família e a saúde de seus membros, quando se aborda a primeira, fala-se então na qualidade das relações entre os diferentes membros, flexibilidade e comunicação funcional entre os membros, desenvolvimento das potencialidades, segurança, proteção, crenças, valores, conhecimentos e práticas compartilhadas e aprendidas através das interações com outras famílias e como sociedade, bem como de tarefas ou papéis a serem desempenhados para o bem-estar do grupo familiar (14). Dessa forma, evidencia-se que as famílias saudáveis, além de manter uma boa qualidade de convivência intrafamiliar, tem propiciado inclusive a aderência do usuário (a) a qualquer tipo de tratamento prescrito pelos profissionais, possibilitando sua reabilitação ou recuperação da saúde (16).

Em geral, a situação social e econômica da família repercute na sua dinâmica, seja favorecendo ou desagregando os seus membros. Há que se considerar que a família que não mantém sua funcionalidade, nem sempre é capaz de superar mudanças, crises familiares e adaptar-se a mudanças inerentes à vida (17).

Por outro lado, as famílias que possuem uma forma agressiva e pernicioso de relacionamento, que funcionam com um sistema fechado em termos de comuni-

cação, certamente afetarão a integridade física, moral e emocional de seus membros. É sobre estas famílias violentadas que abordaremos a seguir.

O trabalho da enfermeira com famílias vítimas de violência doméstica

Recentemente tem-se projetado o tema de violência doméstica nos eventos acadêmicos como sendo um fenômeno social exercido de vários modos no meio familiar; este relaciona-se com as várias formas de violência doméstica (física, sexual, abuso psicológico ou negligência), que se manifesta na família, por ação de um agressor que possui laços conjugais, familiares ou de parentesco em condições de superioridade (física, social, psíquica e hierárquica) recorrendo-se à episteme de Gênero (18).

Têm-se discutido no meio acadêmico, ainda que timidamente, o processo de trabalho do enfermeiro e como este deve ser realizado para cumprir com os propósitos de cada serviço de saúde, principalmente quando deparado com um fenômeno chamado violência.

A percepção deste fenômeno é um fato preocupante nos relatos das enfermeiras, identificando-se nova contradição dialética, possível de evidenciação na frase a seguir:

Na região não existe violência, porém evidenciam-se algumas condutas radicais relacionadas com homicídios (matam ou não matam). (4.5)

O fenômeno da violência se constitui em um processo biopsicossocial, dinâmico e complexo, presente desde o princípio da história da humanidade. Nesta dialética, a violência está intimamente ligada à condição humana, que ora age como sujeito, ora como objetos do fenômeno em questão. Talvez por esta complexidade, seja tão difícil entender este fenômeno e identificar todas suas formas e maneiras de expressão (1).

Desse modo, para que no processo de trabalho do enfermeiro este seja capaz de identificar e intervir nos casos de violência que se manifestam em graus variáveis e não apenas em atos extremos de homicídios, necessitam-se que este profissional de saúde, bem como o processo de trabalho em saúde, seja instrumentalizado para que possa compreendê-lo nas suas múltiplas formas de manifestação.

A efetiva relação entre os profissionais da saúde e as mulheres vítimas de violência só acontecerá no momento em que houver uma mudança organizativa no sistema e no atendimento (19). Quando as relações forem estreitadas de modo a proporcionar uma relação mais simétrica e de diálogo entre os usuários e os profissionais. Existe a necessidade de se discutir essa questão no cotidiano dos serviços de saúde e o receio dos profissionais em lidarem com o assunto pode ser justificado pela falta de organização e estrutura do setor, seja para oferecer um serviço curativo ou preventivo. Dessa forma, a atitude do profissional acaba sendo de afastamento ou negação. Todos esses aspectos são fatores que influenciam para a baixa qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde (20). Os profissionais caracterizam sua atuação como impotência paralisante causada por falta de preparo de organização do processo de trabalho e aos valores sociais existentes (20, 21).

É interessante que, se por um lado o enfermeiro tem dificuldade em identificar as muitas formas de apresentação da violência, este o faz com muita propriedade nos casos contra criança. Como são evidenciadas nas frases a seguir:

No município existem muitos casos de violência contra a criança e requer uma boa observação. (4.14)

Ocorrem dentro das casas “estupros” e agressões físicas contra crianças e adolescentes. (1.14)

A “indiferença” e a “rejeição” são formas “imensas” de violência e podem estar ligados à violência contra crianças, mulheres e idosos. (3.17)

“A falta de cuidado, de vinculação e de afeto” são formas de violência “difíceis de lidar”. (3.19)

A família deve ser visualizada e entendida no seu contexto social como uma parte da rede social. É no núcleo familiar que ocorre a maior expressão dos vínculos entre a criança e adultos. “Ela é o locus, o status nascendi, a matriz” desses primeiros vínculos sociais da criança. Quando a criança, no seio familiar, torna-se vítima de violência física e sexual, acredita-se que exista um grande desgaste nas relações entre estes membros, uma relação hierárquica que se deteriorou. Acredita-se que, quanto mais cedo e precoce ocorrem situações de violência física e sexual com uma criança, mais comprometida torna-se seu desenvolvimento psíquico e sua corporalidade (22).

O fenômeno da violência doméstica atinge além da criança outro membro da família, o idoso, que tem sua população crescente nos últimos anos. A violência a este membro está nitidamente relacionada a maus tratos, coação, descaso e omissão, como são evidenciados nas frases a seguir:

A violência contra idosos está relacionada a maus tratos. (4.4)

Os idosos em relação à violência não falam nada, não verbalizam, permanecem acudados. (4.7)

Existe descaso e omissão por parte da família dos idosos violentados em casa de repouso (sabem que acontece alguma coisa, mas não falam nada). (4.10)

A violência que se expressa contra sujeitos da terceira idade tem suas raízes também em questões ligadas à desigualdade social, evidenciada nas manifestações de pobreza e de miséria. A ausência ou omissão das políticas públicas sociais e de saúde promovem relações assimétricas de poder, domínio, menosprezo e negligências, discriminando e violentando as gerações que se encontram no início e no final do percurso da vida, no qual sua atividade produtiva inexistente ainda por um lado e, de outro, encontra-se decaído para a cessação. Em ambos os casos, a sociedade deixa de reconhecê-los como cidadãos portadores de direitos.

Assim, a violência a que eles estão sujeitos necessita de forte intervenção do Estado e de seu reconhecimento como cidadãos, requerendo assim políticas públicas em sua defesa.

Os abusos e negligências que ocorrem no convívio familiar emergem de atrito entre gerações, problemas de espaço físico inadequado e por dificuldades financeiras que muitas vezes são assumidas pelos próprios idosos, os quais ainda são considerados como “passados” e “descartáveis” (23). Numa sociedade capitalista neoliberal, os que não se encontram no grupo geracional, de gênero e etnia dominantes sofrem as consequências de sua condição de subalternidade. Essa desigualdade nas relações entre diferentes gerações caracteriza a violência contra a criança e contra o idoso.

Como já constatado nesta pesquisa, um dos motivos que predispõem a violência contra os idosos, e não somente a estes, mas também aos demais membros da

família, é a dificuldade financeira, como são evidenciadas nas frases a seguir:

A necessidade financeira “acaba gerando violência” nos idosos. (7.6)

Os casos de violência contra o idoso apresentados na realidade do município são problemas de origem familiar e socioeconômica. (1.15)

Entretanto, em outras regiões do País, os idosos, com suas aposentadorias, tem sido o esteio econômico da família. Mesmo dependendo deles, eles não deixam de sofrer violência doméstica, fazendo crer que o fenômeno da violência é algo social, relacionado às formas de produção e reprodução social.

A violência doméstica ocorre em todas as classes e grupos sociais, nos casos de violência contra mulher, não apenas na forma física, mas também psicológicas expressas em xingamentos e outros tipos de agressões, como evidenciado nas frases a seguir:

Na violência contra mulher o agressor exerce violência física, psicológica e moral. (7.11)

Considera-se como ato de violência “xingamentos” e palavras rudes de humilhação. (1.5)

Situações de “estresse” e “angústia” são consideradas violentas. (1.7)

Diferente das violências contra crianças e idosos que são pautadas em relações desiguais de geração, a violência contra mulher é uma manifestação da desigualdade de gênero presente na sociedade que ainda preserva valores masculinos que sobrepujam valores e direitos femininos. É definida como atos que correspondem a agressões físicas ou sua ameaça, a maus tratos psicológicos e a abusos ou assédios sexuais. Quando referida como violência doméstica, são atos cometidos por um membro da família ou pessoa que habite, ou tenha habitado, o mesmo domicílio. Nesse caso, as mulheres podem estar envolvidas na situação tanto como agredidas como quanto agressoras. Muitas vezes estão em ambas as situações, quando, por exemplo, sofrem violência do marido e batem nas crianças (24).

A partir de uma perspectiva de gênero, a violência contra mulher entendida como a relação de poder entre os sexos, é evidente reconhecer que esta relação existe desde os primórdios da história da humanidade, sen-

do expressa fortemente nesta população estudada. A violência contra a mulher é um fenómeno enraizado na desigualdade de género, refletido na assimetria de poder nas relações e, mesmo quando este poder é relacional, a realidade mostra que dificilmente favorece a mulher, sendo ela o alvo preferido da violência (25).

Condutas realizadas frente à violência doméstica

No que se refere às condutas realizadas pelas enfermeiras diante dos casos de violência, estas se remetem a duas principais intervenções: a utilização da equipe multiprofissional e a prática de acionar outros setores como o Conselho Tutelar para resolução dos casos de violência.

As Unidades de Saúde têm potencial para identificar os casos de violência e o vínculo que mantém com a população é favorável nas ações de intervenção. Entretanto, os profissionais apresentam dificuldades para essa prática, tais como as relacionadas ao medo, à insegurança, à falta de profissionais capacitados, à falta de infraestrutura adequada e, principalmente, à de uma rede articulada para assistência às vítimas de violência (26).

Quanto à primeira intervenção, sugere-se que esta se relaciona com um acompanhamento de enfermagem individualizado e fragmentado; a seguir, são encaminhados para o psicólogo e para a assistente social, como evidenciado nas frases a seguir:

A intervenção em um caso de violência está em acompanhar a família e “tentar ajudar em alguma coisa” e encaminhar para a psicóloga, psiquiatra ou para o neurologista. (1.10)

A vinculação entre psicóloga, assistente social e enfermeira é uma das formas de se intervir em casos de violência. (3.27)

Acompanhar de perto essas famílias agredidas e manter conselho tutelar, psicólogo e assistente social informados. (3.25)

Uma forma de intervir é usar a rede de apoio social nos casos de violência. (3.21)

Contribuindo para esta análise, vale esclarecer que a superação da violência deve passar por uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e

com organizações da sociedade civil e comunitária que lutam por direitos à cidadania.

Outra grande intervenção evidenciada, referente aos casos de violência doméstica, visando à minimização da mesma, relaciona-se ao trabalho intersetorial que busca aliados além do setor de saúde para resolver estas complexas questões sociais, acionando assim o Conselho Tutelar, como evidenciado nos casos a seguir:

“Teve” que acionar o conselho tutelar, apesar de “ver muito arrependimento no rosto” do agressor. (2.5)

A principal decisão tomada para resolver o caso de violência foi acionar o conselho tutelar. (2.9)

Em se tratando de intersetorialidade, ao realizar o planejamento este deve alcançar todos os setores e âmbitos de um sistema, de uma maneira que todos saibam suas responsabilidades e funções, ao mesmo tempo em que todos conheçam as interseções, interfaces e compartilhamentos que são necessários para o funcionamento do próprio sistema.

Finalmente, qualquer ação visará dar apoio e suporte às famílias vítimas de violência, buscando transformar a realidade objetiva quando utilizado de modo satisfatório a intersetorialidade como uma ferramenta para extinguir o fenómeno que hoje nos instiga à violência, privilegiando em todo momento a integração familiar brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se importante continuar explorando novas metodologias e referenciais teóricos que direcionem a prática gerencial e assistencial, assim como impulsione o ensino e a pesquisa dessa temática.

As enfermeiras, apesar de trabalharem constantemente com família e reconhecerem as dificuldades e as facilidades no atendimento de famílias vítimas de violência, sentem-se impotentes para superá-las, e a escassez de cursos preparatórios e capacitações em família e violência podem ser as lacunas de conhecimento que dificultam o enfrentamento dos profissionais frente a essas temáticas.

Torna-se indispensável uma maior compreensão da temática da violência no âmbito familiar. Acredita-se que, para diminuição das repercussões deste fenómeno social, seja necessária a articulação dos diferentes

profissionais que prestam a assistência, questionando, e sendo os mesmos devidamente instrumentalizados oportunamente.

Sugere-se uma capacitação dos profissionais através da educação permanente, a qual poderia proporcionar uma reorganização do processo de trabalho em que seja focada a necessidade da usuária vítima de violência no seu contexto familiar. Nesses debates com diversos setores devem ser lançadas propostas para uma definição de uma política pública municipal, que deve contemplar também o desenvolvimento de competências profissionais para fazer frente ao fenômeno.

REFERÊNCIAS

- (1) Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10 (1): 7-18.
- (2) Michaud Y. A violência. São Paulo: Ática; 1989.
- (3) Souza ER, Ribeiro AP, Penna JHG et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14 (5): 1709-19.
- (4) Senna DM, Antunes EH. Abordagem da família (a criança, o adolescente, o adulto e o idoso no contexto da família). Em: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de condutas médicas: Programa Saúde da Família. São Paulo: Ministério da Saúde; 2001: 4-6.
- (5) Centa ML, Elsen I. Reflexões sobre a evolução histórica da família. *Rev. Fam. Saúde Desenv*. 1999; 1 (1):15-20.
- (6) Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
- (7) Fiorin JL. Elementos da análise de discurso. São Paulo: Contexto; 2005.
- (8) Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução CONEP 196/96. *Pesqui. Odontol. Bras*. [On-line] 2003 [Acessi em 1 de maio de 2003]; 17 (Supl.1): 33-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pob/v17s1/a06v17s1.pdf>.
- (9) Mello JMHP. Violência como problema de saúde pública. *Rev. Ciênc. e Cultura*. 2002; 54 (1): 52-3.
- (10) Angelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Rev. Fam. Saúde Desenv*. 1999; 1 (1/2): 7-14.
- (11) Embuguacu.sp.gov.br. História de Embu-Guaçu [Homepage na internet] . Embu-Guaçu: Prefeitura de Embu-Guaçu; [Acesso em março de 2011]. Disponível em: <http://www.embuguacu.sp.gov.br/site/ACIDADE/tabid/56/Default.aspx>
- (12) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Homepage na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. [Acesso em novembro de 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
- (13) Embuguacu.sp.gov.br. Lei Complementar 33 de 28 de dezembro de 2007. Embu-Guaçu: Prefeitura de Embu-Guaçu; 2007 [Legislação na Internet] [Acesso em junho de 2010]. Disponível em: <http://www.embuguacu.sp.gov.br/site/Portals/o/Lei%20complementar%20anexo.pdf>.
- (14) Zimerman DE, Osorio LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- (15) Elsen I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. Em: Bub LIR, editora. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: UFSC; 1994: 195-98.
- (16) Boehs AE. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em expansão. Em: Bub LIR, editora. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: UFSC; 1994.
- (17) Claya MO. La adversidad y el grupo familiar. *Av. enferm*. 2005; 23 (1): 100-5.
- (18) Penna LHG, Santos NC, Souza ER. A produção científica sobre violência doméstica na área da saúde pública. *Rev. Enferm. UERJ*. 2004; 12 (2): 192- 8.
- (19) Andrade CJM. As equipes de saúde da família e a violência contra a mulher: um olhar de gênero [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2009.
- (20) Oliveira CC. Práticas dos profissionais de saúde da família voltadas para mulheres em situação de violência sexual: uma abordagem de gênero [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2005.
- (21) Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2008; 42 (2): 312-20.
- (22) Ferrari DCA, Vecina TCC, organizadoras. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Ágora; 2002.
- (23) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005: 70.
- (24) Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP; 2005: 183.
- (25) Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente

comunitário de saúde. Rev. Latino-am. Enferm. 2009;17 (6): 974-80.

(26) Lima MADS, Rückert TR, Santos JLG, Colomé ICS, Acosta AM. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. Rev. Gaúcha Enferm. 2009; 30 (4): 625-32.