

Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Volume 4

Violências

Elza Machado de Melo

Andréa Maria Silveira

Jandira Maciel da Silva

Maria Mônica Freitas Ribeiro

Marcelo Grossi Araújo

Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Organizadores

Promoção:



NÚCLEO
PROMOÇÃO DE SAÚDE E PPI



Para Elas
COM MÍDIA E CULTURA

Programa de Pós-Graduação
de Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência/UFMG

Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Volume 4

Violências

Elza Machado de Melo

Andréa Maria Silveira

Jandira Maciel da Silva

Maria Mônica Freitas Ribeiro

Marcelo Grossi Araújo

Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Organizadores

Belo Horizonte, 2020

Violências

Elza Machado de Melo, Andréa Maria Silveira, Jandira Maciel da Silva, Maria Mônica Freitas Ribeiro, Marcelo Grossi Araújo, Cristiane de Freitas Cunha Grillo.

Organizadores

Promoção:

Núcleo de Promoção de Saúde e Paz; Programa de Pós-graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/FM/UFMG

Diagramação:

Luana Moreira

<https://orcid.org/0000-0002-9056-594X>

Formato: 160x230mm

Composto em: Helvetica

FICHA CATALOGRÁFICA

V795 Violências [recurso eletrônico] / Elza Machado de Melo... [et al.]; Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/UFMG e Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte: Editora Cooperativa UNILIVRE, 2020. - (Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Volume IV).
E-book (650 p.)

ISBN: 978-65-00-14472-7

Outros organizadores: Andréa Maria Silveira, Jandira Maciel da Silva, Cristiane Freitas Cunha, Maria Mônica Freitas Ribeiro, Marcelo Grossi Araújo.

1. Violência - Prevenção. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde da mulher. 4. Política de saúde. 5. Saúde do Homem. 6. Bem-estar social. I. Melo, Elza Machado de. II. Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/UFMG. III. Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da violência. IV. Título. V. Série.

CDU: 614 362.6

Ficha catalográfica elaborada por Roziane do Amparo Araújo Michielini - CRB 6/2563

Esta obra é de domínio público, podendo ser reproduzida no total ou em partes, desde que citada a fonte e não alterado seu conteúdo.

Conselho Editorial da Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
Cornelis Johannes Van Stralen – CEBES
Francisco Eduardo de Campos – FIOCRUZ/RJ
Marco Akerman – USP

Autores

Adalgisa Peixoto Ribeiro

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Adriana de Souza Medeiros

Professora do Departamento de Imagem e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Adriana Fernandes Carajá

Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG. Doutoranda de Antropologia Social/UFMG

Adriana Rocha de Paiva Moura Carvalho

Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG.

Alzira de Oliveira Jorge

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Ana Carolina Freitas Fernandes da Gama

Educadora Física. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG. Especialista em Estratégia de Saúde da Família/UFMG e Educação Física Adaptada e Saúde.

Ana Maria Caldeira Oliveira

Odontologista. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Ana Regina Coelho de Andrade

Médica Dermatologista e Hansenologista. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Doutora em Infectologia e Medicina Tropical/UFMG

Andréa Maria Duarte Vargas

Professora da Faculdade de Odontologia da UFMG

Andréia Cirina Barbosa de Paiva

DEER/MG – Departamento de Edificações e Estradas de Rodagem de Minas Gerais. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Andréa Maria Silveira

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Ângela Moreira

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/UFMG. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Antônio Carlos Gonçalves da Cruz

Médico homeopata. Instituto Mineiro de Homeopatia. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Antônio Leite Alves Radicchi - in memoriam

Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG.

Augusto Viana da Rocha

Bacharel em Direito. Secretário Adjunto de Gestão da Saúde de Betim. Mestrando Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Bruna Mara Morais Assis

Profissional de Educação Física do Programa Academia da Cidade/SUS-BH

Carla Jorge Machado

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Carlos Eduardo Firmino

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG. Analista de Políticas Públicas da Secretaria de Assistência Social

Clarisse Carvalho Leão Machado

Psicóloga. Egressa do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Cláudia Sueli da Rocha

Médica. IML/Betim. Egressa do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Cláudio Júnio Patrício

Psicólogo. Mestre pelo Programa de Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina/UFMG. Analista Executivo de Defesa Social de Minas Gerais

Cordovil Neves de Souza

Professor da Rede Municipal de Betim-MG. Mestrando do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Cristiana Marina Barros Souza

Psicóloga. Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG. Mestrando do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Professora do Departamento de Pediatria e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Cynthia Rossetti Portela Alves

Terapeuta ocupacional. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Daniele Rodrigues Souza Carmona

Assistente Social. Subsecretaria de Assistência Social de Belo Horizonte-MG. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Darlene Mendes Cordeiro Teixeira

Serviço Social. Analista Executiva de Defesa Social. Secretária de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais

David Israel de Carvalho Nascimento

Acadêmico de Medicina UFMG

Débora Cristina Vieira

Psicóloga. Centro de Referência em Doenças Infecciosas – Prefeitura Municipal de Montes Claros-MG. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Deborah Carvalho Malta

Professora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Faculdade de Medicina/UFMG

Débora Mesquita Lentz Monteiro

Cientista Social. Estagiária do NESCON/UFMG

Doriana Ozólio Alves Rosa

Fonoaudióloga. Secretária Municipal de Belo Horizonte-MG. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Edvaldo Anastácio

Técnico do Serviço Especializado em Abordagem Social – ADRA/PBH. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Educação e Relações Étnico-Raciais/FAE/UEMG Egresso do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da FM/UFMG

Efigênia Ferreira e Ferreira

Professora da Faculdade de Odontologia da UFMG

Elaine Leandro Machado

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Eliane Dias Gontijo

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Elizângela Gonçalves de Souza

Enfermeira. Prefeitura Municipal de Betim-MG. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Elza Machado de Melo

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Eni Carajá Filho

Antropólogo. Educador Social, Coordenador Estadual do MORHAN-MG

Enylda Motta

Psicóloga, Fundadora e Coordenadora do IMSEX – Instituto Mineiro de Sexualidade. Coordenadora da Pós-graduação em Sexualidade Humana pela Santa Casa de BH. Mestre pelo Programa Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG

Eugenia Ribeiro Valadares

Professora do Departamento de Propedêutica e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Erica Fernandes Rodrigues

Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Fabiola de Oliveira Lima

Psicóloga do Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador-DAST/UFMG. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Fátima Lúcia Caldeira Brant

Psicóloga, Referência Técnica em Saúde do Trabalhador do Município de Contagem – MG Mestre pelo Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Fabrcia Soares Freire Pugêdo

Enfermeira. Prefeitura Municipal de Betim-MG. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Fernando Madalena Volpe

Médico. Fundação Hospitalar de Minas Gerais-FHEMIG. Professor do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Philippe Lacadée

Psicanalista membro da ECF/AMP, psiquiatra. Foi vice-presidente do CIEN

Filipe da Silva

Assistente Social. Secretaria Municipal de Contagem-MG. Egresso do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Flávio Eustáquio Bertelli

Psicanalista e Sociólogo, Especialista em Saúde Mental e Mestre pelo Programa Promoção de Saúde e Prevenção de Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Flávio Santos Pimenta

Secretaria de Estado de Segurança Pública de Minas Gerais. Mestrando do Programa Promoção de Saúde e Prevenção de Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Gabriela Maciel dos Reis

Enfermeira obstetra, Mestre em Saúde Pública e Doutoranda em Enfermagem pela UFMG

Gabriela Zamunaro Lopes Ruiz

Acadêmica de Medicina UFMG

Getúlio Ferreira de Moraes

Médico dermatologista. Prefeitura Municipal de Betim-MG

Graziella Lage Oliveira

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Guadalupe Rodrigues Braga

Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Guilhermina Frade Pereira de Souza

Assistente Social. Estatutária da Prefeitura Municipal de Betim

Helton Barbosa Damiani

Filósofo da Ordem dos Frades Dominicanos

Hebert Geraldo de Souza

Psicólogo. Egresso do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Heliane Anghinetti

Polícia Civil. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Inhana Olga Costa Souza

Professora da Educação Básica de SEE-MG. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Izabel Christina Friche Passos

Professora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais

Janáina Bastos dos Santos

Licenciatura em Artes Cênicas. Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/UFMG

Janaina Passos de Paula

Fonoaudióloga. Coordenadora de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção à Saúde e Prevenção s Violência

João Luiz de Magalhães

Médico Homeopata. Instituto Mineiro de Homeopatia.

Juliana Antunes Vilarino

Enfermeira. Analista Executivo de Defesa Social. Secretaria de Justiça e Segurança Pública/ Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo. Minas Gerais

Jullien Dábini Lacerda de Almeida

Pesquisadora de Saúde Pública, Faculdade de Medicina/UFMG

Laura Carvalho Parreiras (Alzira)

Acadêmica de Medicina da UFMG

Lauriza Maria Nunes

Pedagoga. Núcleo de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Leonardo Tadeu Vieira

Psicólogo. Departamento de Educação – Universidade Estadual de Montes Claros-MG

Lindalva Guimarães Mendes

Secretaria Municipal de Assistência Social de Belo Horizonte-MG. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Lorena Cândida Michalick

Bióloga. Graduanda em Serviço Social. Servidora Municipal em Ibirité, MG.

Lorena Torres de Melo

Médica. Mestre do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Luana Aparecida Moreira

Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG e Fundação Hospitalar de Minas Gerais-FHEMIG.

Luciana de Souza Braga

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Luciana Miranda Barbosa Mello

Fisioterapeuta. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Lucinéa Almeida de Amorim

Assistente social. Subsecretaria de Assistência Social de Belo Horizonte-MG. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Luís Carlos Valois

Juiz de Direito, coordenador da Escola Superior da Magistratura do Amazonas

Luís Fernando Duarte Couto

Psiquiatra. Coordenador Clínico do Centro Mineiro de Toxicomania (FHEMIG). Professor do curso de Medicina da PUC-MG. Egresso do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Luiz Paulo Ribeiro

Psicólogo. Professor da Faculdade de Educação/UFMG. Mestre pelo Programa de Promoção de Saúde e e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Magno Nobumoto Hoshino

Médico. Secretaria Municipal de Nova Lima-MG. Mestrando do Programa de Promoção de Saúde e e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Manoel Nascimento Nunes Neto

Professor de Língua Portuguesa da Prefeitura Municipal de Betim-MG

Marcell Santos

Psicólogo. Psicanalista em formação pelo Circulo Psicanalítico de MG. Mestre pelo Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/MP da faculdade de medicina da UFMG.

Marcelo Grossi Araújo

Professor do Departamento de Clínica Médica e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Marcelo de Mello Vieira

Pós-doutorado em Direito pela UFSC. Doutor em Direito Privado pela PUCMinas. Mestre em Direito pela UFMG.

Márcia Amaral Montezuma

Psiquiatra e psicanalista. Hospital Galba Veloso. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Márcia Cristina Alves

Secretaria de Segurança Pública de Belo Horizonte

Márcia Zakur Ayres

Psicopedagoga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Marcos Ferreira Benedito

Egresso Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Marcos Moreira Chalub Lima

Médico da Associação de Clínicas do Trânsito do Estado de Minas Gerais

Marcos Vinicius da Silva

BHTRANS – Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte S.A. Egresso do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Maria Aline Gomes Barboza

Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Beatriz de Oliveira

DEER/MG – Departamento de Edificações e Estradas de Rodagem de Minas Gerais. Egresso do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Maria da Conceição Werneck Cortes

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Maria das Dores Nunes Lopes e Sousa

Assistente Social. Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/UFMG

Maria das Graças Cirino Franca

DEER/MG – Departamento de Edificações e Estradas de Rodagem de Minas Gerais. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Maria Isabel Antunes-Rocha

Professora da Faculdade de Educação/UFMG

Maria Mônica Freitas Ribeiro

Professora do Departamento de Clínica Médica e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Marina Ulhôa

Farmacêutica. Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/UFMG

Mario Elkin Ramirez

Professor do Departamento de Psicanálise da Universidade de Antioquia. Membro da Associação Mundial de Psicanálise e da Nova Escola Lacaniana (NEL) de Psicanálise.

Mario Pastore Neto

Professor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina/UFMG

Marta Maria Alves da Silva

Médica. Núcleo de Vigilância de Violências e Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Maura Aparecida Meira Maia

Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Mônica Beier

Médica homeopata. Instituto Mineiro de Homeopatia. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Mônica Garcia Pontes

Bióloga, Gestora de Serviços de Saúde. Coordenadora Pedagógica do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Myrian de Fátima Siqueira Celani

Professora do Departamento de Obstetrícia e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Musso Garcia Greco

Psiquiatra, psicanalista membro da EBP/AMP

Nidia Bambirra

Assistente Social. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Paulo Alves Lins

Psicólogo. Secretaria de Estado de Defesa Social-MG. Mestrando do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Paulo Fernando Carneiro Leão

Médico Sanitarista. Servidor público da Fundação Hemominas e da Prefeitura de Belo Horizonte

Paulo Henrique Silva Maia

Enfermeiro. Secretaria Municipal de Betim-MG

Paulo Roberto Ceccarelli

Psicólogo. Psicanalista. Membro da “Société de Psychanalyse Freudienne” - Paris – França. Fundador e Coordenador do Instituto Mineiro de Sexualidade (IMSEX). Professor do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/MP, da Faculdade de Medicina da UFMG

Pedro Machado de Melo Romano

Advogado. Doutorando do Programa de Pós-Graduação de Sociologia. FAFICH/UFMG

Priscilla Soares dos Santos Ladeia

Médica psiquiatra. Centro de Referência de Saúde Mental para usuários de Álcool e outras Drogas-CERSAM-AD Venda Nova. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Regimara Silveira Chaves Oliveira

Psicóloga. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-FHEMIG. Egressa do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/MP, da Faculdade de Medicina da UFMG

Renata de Macedo Moura

Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Renata Cristina de Souza Ramos

Enfermeira. Secretaria Municipal de Belo Horizonte-MG. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Ricardo Tavares

Estatístico. Professor da Universidade Federal de Ouro Preto e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Faculdade de Medicina/UFMG

Roberta Torres Lima

Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Rodrigo da Cunha Pereira

Presidente do Instituto Brasileiro de Direito de Família. Professor da PUC MG

Rodrigo Granata Silveira de Santana

Advogado. Comissário da Infância e da Juventude do TJMG

Rodrigo Leonardo Goulart Gonçalves

Médico homeopata. Instituto Mineiro de Homeopatia. Egresso do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Ronaro de Andrade Ferreira

Antropólogo. BHTRANS – Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte S.A. Egresso do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Rosely Fantony

DEER/MG – Departamento de Edificações e Estradas de Rodagem de Minas Gerais. Egresso do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Rute Maria de Souza Velasquez

Psicóloga. Professora do Centro Universitário Newton Paiva-BH. Coordena a equipe do Ambulatório do Trauma/HC/UFMG

Sandra das Dores Souza

Enfermeira. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-FHEMIG. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Samuel Machado da Silva

Assistente social. Analista de Políticas Públicas Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Sara de Pinho Cunha Paiva

Professora do Departamento de Obstetrícia e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Sergio Rosa Neves Temponi

Psicólogo. Coordenador do Centro de Referência Especializado de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Egresso do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Silvio Salvador Cotta

Advogado. Vice Coordenador do Movimento de Reintegração das Pessoas Acometidas pela Hanseníase-MORHAN

Sonia Lopes Siqueira

Assistente Social. Subsecretaria de Assistência Social de Belo Horizonte-MG. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Soraya Almeida Belisário

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Suzan Caroline Such Ribeiro

Psicóloga do Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador-DAST/UFMG.

Taciana Malheiros Lima Carvalho

Odontologista. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Talita Maciel Borges

Assistente Social. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Tarla Costa Carli

Educadora Física. Secretaria Municipal de Saúde. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Tatiane Caetano

Enfermeira. Secretaria Municipal de Belo Horizonte-MG. Egressa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Tatiana Tscherbakowski de Guimarães Mourão

Professora do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina/UFMG

Thaís de Campos Meneses

Psicóloga. Programa PNAISARI, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Mestranda Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Tiago Sávio Moreira Possas

Fisioterapeuta. Referência Técnica de Fisioterapia e da Residência Multiprofissional da DIRASS/FHEMIG

Ulysses de Barros Panisset

Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Vanuse Maria Resende Braga

Enfermeira. Secretaria Municipal de Betim. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Faculdade de Medicina/UFMG

Vilma dos Reis Nascimento

Enfermeira; fisioterapeuta. Presidente do Instituto de Apoio à Pessoa Humana-IGAPH

Vitória Régia Izaú

Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Educação e Relações Étnico-Raciais/FAE/UEMG. Professora Efetiva do Curso de Pedagogia da UEMG

Sumário

1. Alienação parental: da violência doméstica à violência institucional, como prevenir?

Márcia Amaral Montezuma, Rodrigo da Cunha Pereira, Elza Machado de Melo

2. Violência institucional no setor saúde

Priscilla Soares dos Santos Ladeira, Elza Machado de Melo, Tatiana Tscherbakowski de Guimarães Mourão, Andréa Maria Silveira, Lorena Torres de Melo, Ricardo Tavares

3. Seminário Nacional sobre as Políticas de Segregação em Hanseníase: história viva e reflexões

Inhana Olga Costa Souza, Cordovil Neves de Souza, Adriana Rocha de Paiva Moura Carvalho, Ana Carolina Freitas Fernandes da Gama, Darlene Mendes Cordeiro Teixeira, Juliana Antunes Vilarino, Lorena Cândida Michalick, Magno Nobumoto Hoshino, Marcelo de Mello Vieira, Maria das Dores Nunes Lopes e Sousa, Ana Maria Caldeira Oliveira, Ana Regina Coelho de Andrade, Elza Machado de Melo, Maria Mônica Freitas Ribeiro, Marcelo Grossi Araújo.....

4. Segregação e orfandade: o ônus do isolamento compulsório na hanseníase

Cordovil Neves de Souza, Elza Machado de Melo, Getúlio Ferreira de Moraes, Guilhermina Frade Pereira de Souza, Inhana Olga Costa Souza, Manoel Nascimento Nunes Neto, Marcelo Grossi Araújo, Paulo Fernando Carneiro Leão, Silvio Salvador Cotta, Tiago Sávio Moreira Possas, Vilma dos Reis Nascimento.....

5. Atitudes discriminatórias na hanseníase: percepção de estudantes de medicina e de profissionais da atenção primária à saúde

Nidia Bambirra, Cynthia Rossetti Portela Alves, Marcelo Grossi Araújo, Maria Mônica Freitas Ribeiro, Elza Machado Melo

6. As implicações da hanseníase nas atividades laborais de trabalhadores rurais acompanhados no centro de referência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Luciana Miranda Barbosa Mello, Marcelo Grossi Araújo, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.....

7. Mães Órfãs na hanseníase: narrativas de quem viveu violação de direitos

Adriana Fernandes Carajá, Mônica Garcia Pontes, Eni Carajá Filho, Gabriela Maciel Reis, Elza Machado de Melo, Alzira de Oliveira Jorge, Marcelo Grossi Araújo.....

8. A vulnerabilidade e a violência como marcas de exclusão na separação compulsória de mães e filhos: uma revisão narrativa

Mônica Garcia Pontes, Adriana Fernandes Carajá, Cristiana Marina Barros Souza, Bruna Mara Moraes Assis, Laura Carvalho Parreiras, Luciana de Souza Braga, Alzira de Oliveira Jorge.....

9. Abordagem da violência por similitude

Antônio Carlos Gonçalves da Cruz, Mônica Beier, Rodrigo Leonardo Goulart Gonçalves, João Luiz de Magalhães, Elza Machado de Melo.....

10. Características da violência nos diferentes ciclos de vida: uma revisão da literatura

Fabricia Soares Freire Pugêdo, Deborah Carvalho Malta, Elizângela Gonçalves de Souza, Elza Machado de Melo.....

11. O vínculo como elemento de proteção à violência

Carlos Eduardo Firmino, Eugenia Ribeiro Valadares, Cristiane de Freitas Cunha Grillo

12. O problema da representação da violência

Edvaldo Anastácio, Vitória Régia Izaú, Cristiane de Freitas Cunha Grillo

13. Representações sociais do trabalho infantil para agricultores e crianças da agricultura familiar no centro-oeste mineiro

Fátima Lúcia Caldeira Brant, Luiz Paulo Ribeiro, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

14. Adolescência e violência

Luís Fernando Duarte Couto, Musso Garcia Greco, Cristiane de Freitas Cunha Grillo

15. Compreender para transformar: o sofrimento/adoecimento das(os) trabalhadoras(es) da subsecretaria de Assistência Social de Belo Horizonte

Lucinéia Almeida de Amorim, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

16. A relação profissional - usuário na atenção primária à saúde em Belo Horizonte: um estudo de caso sobre a violência nas unidades básicas de saúde

Tatiane Caetano, Antônio Leite Alves Radicchi, Luana Aparecida Moreira, Soraya Almeida Belisário

17. Enfrentamento da violência na Atenção Básica em saúde sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde de um município mineiro

Clarisse Carvalho Leão Machado, Izabel Christina Friche Passos, Maria Aline Gomes Barboza

18. A abordagem da violência na Atenção Primária a Saúde de Belo Horizonte: o que pensam e fazem os profissionais de saúde: um estudo de caso

Taciana Malheiros, Soraya Almeida Belisário

19. Atuação dos profissionais de saúde da atenção básica frente à violência no território: aspectos observados em um município mineiro de médio porte

Renata Cristina de Souza Ramos, Antônio Leite Alves Radicchi, Doriana Ozolio Alves Rosa, Elza Machado de Melo

20. Violência: marcas nos corpos e nas cidades

Philippe Lacadée

21. Violência no campo brasileiro: coletividade, resistência e fortalecimento da identidade camponesa

Luiz Paulo Ribeiro, Maria Isabel Antunes-Rocha

22. Falando de drogas para médicos

Luís Carlos Valois

23. Bases teóricas e metodológicas da investigação da violência

Mário Elkin

24. Observações para uma cartografia da violência na obra de Freud

Flávio Eustáquio Bertelli, Paulo Roberto Ceccarelli

25. O que ensina a psicanálise sobre agressividade e violência?

Hebert Geraldo de Souza, Cristiane de Freitas Cunha Grillo

26. Muito mais do que uma simples brincadeira: as violências por trás do bullying

Cláudio Júnio Patrício, Flávio Bertelli, Paulo Roberto Ceccarelli

27. A violência na Aldeia de Dogville: Uma leitura psicanalítica

Thaís de Campos Meneses

28. Aspectos epidemiológicos e qualidade dos registros de óbitos por suicídio em cidade polo de Minas Gerais

Débora Cristina Vieira, Maria da Conceição Werneck Cortes, Leonardo Tadeu Vieira, Fernando Volpe, Eliane Dias Gontijo.....

29. Tentativas de suicídio por intoxicações exógenas em Minas Gerais

Janaina Passos de Paula, Marta Maria Alves da Silva, Elaine Leandro Machado, Elza Machado de Melo.....

30. Perfil dos atendimentos de vítimas de acidentes de trânsito com motocicleta em hospital de referência para o trauma em belo horizonte: ênfase na gravidade e nos escores de trauma

Marcos Moreira Chalub Lima, Mario Pastore Neto, Carla Jorge Machado, Jullien Dábini Lacerda de Almeida, David Israel de Carvalho Nascimento, Gabriela Zamunaro Lopes Ruiz, Maura Aparecida Meira Maia.....

31. Manifestações de Violência no Trânsito

Ronaro de Andrade Ferreira, Rosely Fantony, Maria das Graças Cirino Franca, Roberta Torres Lima, Maria Beatriz de Oliveira, Andréia Cirina Barbosa de Paiva, Flávio Santos Pimenta, Marcos Vinicius da Silva, Efigênia Ferreira e Ferreira, Fernando Madalena Volpe.....

32. Violência contra a mulher: percepções de mulheres brasileiras do campo, da floresta e das águas

Erica Fernandes Rodrigues, Adalgisa Peixoto Ribeiro.....

33. Violência doméstica e uso/abuso de álcool e outras drogas

Vanuse Maria Resende Braga, Ricardo Tavares, Janaína Bastos dos Santos, Marina Ulhôa, Luana Aparecida Moreira, Pedro Machado de Melo Romano, Elza Machado de Melo.....

34. Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher: Registros de Ocorrências traçam o Perfil e a Violência praticada contra a mulher

Filipe da Silva, Daniele Rodrigues Souza Carmona, Heliane Anghinetti, Sonia Lopes Siqueira, Marcos Ferreira Benedito, Ricardo Tavares, Myrian Celani.....

35. A relação entre a violência contra a mulher e a decisão pelo aborto

Talita Maciel Borges, Elza Machado de Melo, Ricardo Tavares, Ulysses de Barros Panisset.....

36. Maternidade encarcerada: rompimento do vínculo entre mãe e filho

Cláudia Sueli da Rocha.....

37. Intervenção baseada em mindfulness como estratégia de atuação com mulheres em situação de vulnerabilidade e/ou violência

Fabiola de Oliveira Lima, Sara de Pinho Cunha Paiva, Suzan Caroline Such Ribeiro.....

38. A população em situação de rua no município de belo horizonte e violência: uma análise a partir da perspectiva de identidade de gênero

Sergio Rosa Neves Temponi, Samuel Machado da Silva, Edvaldo Anastácio, Lindalva Guimarães Mendes.....

39. O homem como (des) conhecemos: violência e cultura machista

Enylda Motta, Marcell Santos, Paulo Roberto Ceccarelli

40. Análise de violências mais frequentes no idoso de Betim – Minas Gerais

Paulo Henrique Silva Maia, Efigênia Ferreira e Ferreira, Elza Machado de Melo, Augusto Viana da Rocha, Andréa Maria Duarte Varga.....

41. A violência na percepção de adolescentes em um assentamento rural: uma abordagem quantitativa

Ângela Moreira, Débora Mesquita Lentz Monteiro, Ricardo Tavares, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.....

42. O Treinamento de pais: Uma proposta que pode mudar a trajetória da violência

Sandra das Dores Souza, Rute Maria de Souza Velásquez, Helton Barbosa Damiani, Regimara Silveira Chaves Oliveira, Elza Machado de melo, Márcia Cristina Alves

43. A escola no sistema socioeducativo: desafios e possibilidades

Inhana Olga Costa Souza, Cordovil Neves de Souza, Adriana de Souza Medeiros, Guadalupe Rodrigues Braga, Janaína Bastos dos Santos, Paulo Alves Lins, Rodrigo Granata Silveira de Santana, Márcia Zakur Ayres, Augusto Viana da Rocha, Lauriza Maria Nunes Pinto, Elza Machado de Melo

44. Itinerário diagnóstico e terapêutico dos pacientes com doenças raras

Renata de Macedo Moura, Tarcísio Marcio M. Pinheiro, Elza Machado de Melo, Eugênia Ribeiro Valadares.....

45. Da Violência das Penas

Tarla Costa Carli.....

46. “É muito grave, doutor?!” Percepção de discriminação cotidiana entre estudantes de medicina: a violência naturalizada

Marcos Ferreira Benedito, Graziella Lage Oliveira, Adalgisa Peixoto Ribeiro.....

Capítulo 1

Alienação parental: da violência doméstica à violência institucional, como prevenir?

Márcia Amaral Montezuma
Rodrigo da Cunha Pereira
Elza Machado de Melo

Resumo

Neste capítulo analisamos as principais categorias de pesquisa sobre os aspectos de violência que envolvem a alienação parental (AP), buscando levantar formas de prevenção. A pesquisa envolveu entrevistas com a equipe de estudos psicossociais, mediadores e juizes da Vara de Família do Fórum Lafayette de Belo Horizonte. Concluiu-se que ao Estado cabe constituir políticas públicas que favoreçam condições de vida dignas que possam atenuar os fatores estressores que causam ou potencializam os conflitos familiares, criar espaços de interlocução, assegurar abordagem psicológica e estimular o protagonismo de cada membro da família e de cada ator social, de forma a terem condições de se responsabilizar pelas próprias escolhas, sem tanta necessidade de recorrer ao poder judiciário.

Palavras-chave: *alienação, conflito familiar, alienação parental, violência, maus tratos infantis*

Introdução

Fruto da intersecção da psiquiatria com o direito, a síndrome de alienação parental (SAP) foi descrita pelo psiquiatra forense norte americano Richard Gardner como um transtorno mental infantil que seria provocado, em contexto de separação, por uma lavagem cerebral feita por um genitor junto à criança, visando difamar, rejeitar e odiar o outro genitor, afastando-a progressivamente dele.¹ A criança assim exposta à privação da convivência com um dos seus genitores, a conflitos de lealdade, medo de ser repreendida, ameaçada ou até mesmo abandonada, pode vir a apresentar problemas no seu desenvolvimento e sintomas como baixa-estima, sentimento de culpa, ansiedade e depressão.²

Sendo muitas vezes descrita como maus tratos psicológicos, abuso e negligência, associada à violência doméstica³ ⁴ e à violência conjugal⁵, a alienação parental pode apresentar-se ainda como duas formas igualmente perversas de abuso, frequentes em disputas jurídicas e praticadas pelo genitor rejeitado que de fato cometeu abuso físico, sexual ou psicológico e utiliza falsa alegação de SAP como defesa; ou pelo genitor alienador que levanta falsa alegação de abuso⁶, seja ele movido por ciúmes, revolta contra a separação, problemas financeiros ou outros.

Baseando-se em uma frágil descrição de transtorno psiquiátrico⁷, Gardner propôs como tratamento, medidas punitivas: mudança de guarda, afastamento total do genitor alienador e “terapia da ameaça”⁸. Chegou a sugerir aos juízes que 95% das mães (às quais se refere durante grande parte dos seus textos como as alienadoras) seriam curadas com um fim de semana na cadeia⁹, que adolescentes relutantes à mudança de guarda deveriam “fazer uma visita” a hospitais psiquiátricos e centros de detenção juvenis¹⁰ e que, em casos de alegação de abuso sexual, crianças deveriam ser colocadas em acareação com o acusado, em audiência com o juiz¹.

Gardner¹¹ propôs incluir a SAP no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Essa proposta gerou inúmeras controvérsias no meio jurídico e da saúde mental, relativas à causalidade simplista e linear atribuída a SAP, à falta de estudos empíricos que fundamentassem a sua pertinência como diagnóstico médico⁵, ao preconceito quanto ao gênero¹², à medicalização de um problema de litígio levando à rotulação de crianças⁴ e à violência do tratamento proposto¹³. Por essas razões, neste trabalho, utilizaremos o termo alienação parental (AP) suprimindo a palavra síndrome e sua conotação medicalizante.

Por outro lado, a situação de alienação parental é amplamente reconhecida¹⁴, havendo consenso entre os profissionais quanto ao uso dos filhos como instrumento de agressão entre os cônjuges. No Brasil, a sanção recente de duas leis reflete a amplitude do fenômeno: a lei da alienação parental – Lei n° 12318, de 26 de agosto de 2010¹⁵ e a nova lei da guarda compartilhada – Lei n° 13.058, de 22 de dezembro de 2014¹⁶. Se a primeira ressalta o aspecto punitivo herdado da teoria de Gardner, e vem se somar ao excesso de demandas de judicialização das relações familiares, reduzindo questões da

esfera político-social a concepções individualizantes¹⁷, a segunda propõe como obrigatória a responsabilização de ambos os pais pela guarda dos filhos, apresentando um caráter mais preventivo que punitivo quanto à alienação parental¹⁸.

São objetivos do presente trabalho: analisar os aspectos de violência que envolvem a AP e indagar sobre possíveis formas de prevenção da violência no contexto da AP. Para tanto, foi realizada pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória, com metodologia composta por entrevistas semiestruturadas com juizes, mediadores e a equipe que dá suporte técnico às decisões judiciais no Fórum Lafayette de Belo Horizonte. Os entrevistados foram intencionalmente selecionados, a partir do seu envolvimento, interesse e expertise sobre o tema. O número das entrevistas foi definido segundo critério de saturação. Foi instrumento de coleta de dados roteiro semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores. As entrevistas ocorreram em sua maioria por meio de agendamento e todas em ambientes que apresentaram condições de privacidade e foram gravadas e transcritas.

A análise de dados foi realizada por meio de análise de conteúdo, na perspectiva de Laurence Bardin.¹⁹ As categorias de análise foram: 1) violência doméstica, que inclui as subcategorias, a saber, a AP propriamente dita, o abuso e a falsa alegação de abuso e a desigualdade de gêneros; 2) violência da medicalização e 3) violência institucional, com duas subcategorias, o sistema adversarial e a intervenção do Estado.

Violência doméstica

Alienação parental (AP) propriamente dita

“A gente tem caso até de suicídio. Tem que ter muita cautela (J4).”

A Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁰ define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. Nesse sentido, a AP poderia enquadrar-se como violência doméstica, na medida em que um genitor utiliza de seu poder, em ameaça ou na prática, contra o(s) filho(s) e o outro genitor, muitas vezes até contra a sua família. Sobre esse ponto, os entrevistados destacaram:

“Porque a gente sabe que essas relações vão comprometer todas as outras áreas. Às vezes compromete a escola, às vezes vai comprometer a interação com os colegas, às vezes, futuramente, um curso, os trabalhos... Então assim, mexe muito com a autoestima (...). No dia que o pai vai lá na casa dela, ela já acorda: nossa mãe, minha cabeça vai explodir, eu já sei que o dia hoje vai ser tenso. A criança de nove anos já sentindo tudo isso” (E7).

Sintomas como ansiedade, depressão, culpa, baixa estima e atraso no

desenvolvimento,² onipotência ou passividade e dependência, falta de remorso ou culpa e desconsideração pelas normas sociais e autoridades²¹ foram também relatados na literatura.

O maltrato psicológico é definido por Garbarino et al como “um ataque realizado por um adulto sobre o desenvolvimento da personalidade e da competência social da criança, mediante um padrão de conduta psicologicamente destrutivo.”²², p. 107 Todas as formas de maltrato definidas por esse autor, a saber, rechaçar, isolar, aterrorizar, ignorar e corromper, são aplicáveis em certa medida à AP. O autor ressalta que o maltrato psicológico ocorre quando a relação entre genitor e filho é caracterizada pela preponderância de um padrão real ou potencialmente danoso, incluindo tanto a ação quanto a omissão, também apontada pelos entrevistados:

“Muitas vezes a mãe não percebe isso. Algumas falam: eu nunca o impedi de visitar o pai. Eu falo: não, o trabalho da senhora não é não impedir e cruzar os braços não. O trabalho da senhora tem que ser proativo, você tem que fazer esse meio de campo, forçar esse laço” (J4).

“Inclusive tem muitos casos em que a participação do alienado, do genitor alienado também é importante. A participação seja passivamente ou ativamente, quer dizer... não pode ser passivo, nesse lugar, de não querer exercer, de não tomar iniciativa” (E1).

Os entrevistados diferenciam motivações e intencionalidade de provocar maus tratos:

“Existem diversas alienações parentais, existem diversos motivos para AP. Pode-se praticar AP como forma de chantagem, para discutir partilha, ou para receber uma quantia maior de alimentos, ou por mágoa, ou por um excesso de proteção da criança. Nesse caso a alienação não é bem no sentido de prejudicar o pai, é um excesso de preocupação, uma superproteção absurda, ela está criando na cabeça dela, que há esse abuso, mas não há um abuso, é uma coisa da cabeça dela” (J3).

Motivações semelhantes foram descritas por diversos autores: tentativa de manter a relação através do conflito, desejos de vingança, de evitar o sofrimento, autoproteção, culpa, medo de perder os filhos, desejo de controle, poder e propriedade sobre os filhos, ciúmes principalmente relativos a novos relacionamentos do ex-cônjuge, patologia individual ou história prévia de abandono²¹, e proteção contra o abuso ou negligência do outro genitor⁴.

O abuso e a falsa alegação de abuso

Assim como nem toda AP ocorre por motivos intencionais ou retaliativos, falsas alegações de abuso sexual podem resultar de má interpretação, sugestão, delírio, da má comunicação ou mentira infantil inocente, sendo frequente que as percepções sejam

distorcidas pelo stress e sofrimento²³. Uma falsa alegação de abuso pode, entretanto, ter sérias consequências:

“E o que aconteceu? Essa menina perdeu o pai. Perdeu o pai, porque o pai chegou e falou o seguinte com ela, eu vou desistir do processo porque imagina, daqui a pouco vou responder um processo de estupro! Vou perder minha vida! Se ela quiser então, ela me procure, eu não tenho mais coragem. Então, por conta dessa AP da mãe, a filha perdeu o pai” (J3).

Para os entrevistados, torna-se difícil comprovar a veracidade de uma alegação de abuso: *“Eu nunca peguei um processo que eles falassem que teve ou que não teve, eles sempre falam que não tem dados suficientes, que não conseguem apurar”* (J3), nos diz um juiz referindo-se à equipe de estudos psicossociais. Ao que um membro da equipe responde:

“Nos casos de abuso, a gente tem todo cuidado de dizer assim: a relação da criança com essa tal pessoa, não é boa, há um sentimento de medo, de receio, ou não há nada que impeça, e tal, sobre o abuso não podemos dizer, mas com esse cuidado de não fazer nenhuma prova material da vida dessas pessoas” (E4).

A distinção entre AP e abuso tem sido chamada de “stark dilemma” ou conflito ineludível²⁴. Teoricamente, somente na ausência de um abuso real pode-se falar em AP, sendo a rejeição do genitor pela criança injustificada e provocada por uma campanha de depreciação; na prática, porém, essa diferenciação não se torna claramente definida. Tratamento e soluções jurídicas seriam necessariamente diferentes nas duas circunstâncias, como indicam Walker e Shapiro⁴, para quem, não tendo sido feito o diagnóstico diferencial entre AP e stress pós-traumático, haveria um grande risco de deixar a criança com um genitor por quem ela tenha sido traumaticamente violentada, fortalecendo o dano ao invés de eliminá-lo.

Segundo entrevistados, a solução para esse conflito depende de cada caso, sendo fundamental a investigação da estrutura familiar: *“Aí não é uma questão só de alienação, é uma questão do laço, do laço familiar, do laço de cada um, do lugar que a criança ocupa pra um, pra outro”* (E1).

Essa formulação remete à abordagem psicanalítica dos laços sociais. Desenvolvendo a teoria de Freud²⁵ de que a principal causa do sofrimento do homem seria o relacionamento com os outros homens, Lacan²⁶ propôs que o mal-estar na civilização seria o mal-estar dos laços sociais e seus discursos de dominação, constituídos e regidos que são pela linguagem.

Os entrevistados percebem que é frequente a ocorrência de fatores psicológicos nas famílias que apresentam conflitos: *“Eu acredito que realmente haja fatores psicológicos*

sérios, eu não tenho muita dúvida com relação a isso não” (J3).

“Como que essa criança pode trazer isso pra gente, e muitas vezes traz mesmo, uma construção! Muitas brigam pra não ficar respondendo a fantasia materna, mas muitas também sucumbem a isso, é realmente um engodo muito tentador. Poder perceber que o genitor alienado, não é um fato isolado, que não tem vítimas e algozes, que se trata de uma relação que se construiu dessa forma” (E4).

O sintoma da criança responde ao que há de sintomático na estrutura familiar, podendo-se tomá-lo como representante da verdade da mãe ou do casal familiar²⁷. Quando o sintoma que vem a prevalecer decorre da subjetividade da mãe, a criança é diretamente implicada como equivalente a uma fantasia da mãe, ao desejo da mãe. Sem a mediação assegurada pela função paterna, ela tampona a falta da mãe relativa ao próprio desejo, colocando-se como “objeto da sua existência”, sem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto. A criança interpreta o desejo do Outro e coloca-se no lugar de objeto capaz de apaziguá-lo, esperando assim fazer-se amada em sua fantasia. Ela responde ao desejo parental mesmo que não o diga expressamente, e é justamente em não o dizer que tal desejo recai como um imperativo sobre ela²⁸.

Brandão ressalta a diferença entre o genitor que pressiona e manipula voluntariamente os filhos, daquele cujo desejo inconsciente é interpretado pelo filho e ao qual este último responde em forma de atos e sintomas. O resultado pode ser semelhante, nos dois casos gerando danos, mas não seria correto identificar ambos os casos sob o mesmo registro e tratá-los da mesma forma, quando então se estaria recobrando com sanções e recriminações o que está verdadeiramente em jogo em cada situação particular.

Desigualdade de gêneros

Para Oliveira e Brito¹⁷, medidas punitivas podem também encobrir questões como a desigualdade de gênero, o que é apontado pelos entrevistados: *“Por mais que falem que o código civil mudou, igualdade entre homens e mulheres, de acordo com a legislação, e no campo do direito de família... na prática eu não percebo isso” (E7).*

Entre os entrevistados não há consenso quanto ao gênero. Alguns afirmam que *“na maior parte quem faz AP são as mulheres, as mães” (J3)*, porém essa percepção é relativizada quando chamam a atenção para a posição do pai: *“Os pais se deixam alienar também e acusam as mães, não percebendo sua postura (E3)”*; e outros desvinculam a AP da questão do gênero: *“Isso não é um comportamento inerente às mulheres, é de quem quer afastar, que pode ser o pai da criança ou adolescente, a mãe, o avô, a avó” (E2).*

Em consonância com os entrevistados, vários autores, ao contrário de Gardner, afirmam que fatores como a passividade frente ao conflito, ou o excesso de rigidez, controle

e autoritarismo, bem como a falta de acolhimento e envolvimento no exercício da função parental por parte do genitor rejeitado, contribuem para a alienação e que a diferença de gênero entre alienadores não é estatisticamente significativa¹⁸.

A possível maior incidência de atos de AP entre as mães foi trabalhada como uma busca de reconhecimento por parte da mulher do seu espaço de identificação e cidadania, efeito de grandes transformações nas relações de gênero²⁹, sendo que os novos direitos da infância e a crescente igualdade entre o homem e a mulher abriram um novo *front* de guerra, no qual as disputas familiares refletem o campo de batalha da política de gênero³⁰. Isso explicaria o fato de que a mulher, quando se sente ameaçada da perda do espaço ao qual ela foi destinada ao longo dos séculos, tal como ocorre numa disputa de guarda, tenda a reagir.

Violência da medicalização

“Aí você deixa de ver o entorno, as outras possibilidades. Então eu tenho muito receio com essa questão do nomear, o que isso efetivamente traz de resultado, de ganho” (E9).

O termo medicalização descreve “um processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e transtornos”³¹. Ao retirar do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e convertê-lo em problema técnico, a dor deixa de ser aceita como um sinal do mal para o qual ela aponta e, ao invés de conduzir à análise e reflexão, passa a exigir intervenção exterior para interrompê-la³². A medicalização da dor reduz a capacidade que todo homem possui de se afirmar em face do meio e de assumir a responsabilidade pela sua transformação, “capacidade em que consiste precisamente a saúde”^{31 p. 130}. A psicologia pode ser incluída nessa lógica quando consiste em determinar como as pessoas deveriam viver, constituindo-se mais numa intervenção de controle do que de clínica³¹. Um dos entrevistados refere-se à ocorrência desse processo no meio jurídico:

“O termo síndrome estaria patologizando essa realidade, ao colocar dentro de uma categoria de doença. Ela serve pro direito, porque o direito precisa de encontrar objetivamente alguma coisa para fazer. É psicologização que tem efeitos judiciais, esse é que é o problema” (E1).

Atribui-se o diagnóstico de AP a “*um certo modismo, como teve na moda o diagnóstico de déficit de atenção, de hiperatividade*” (E2). Essa percepção encontra ressonância na análise de Frances³³, psiquiatra norte-americano conhecido por ter integrado a comissão de revisão do DSM-IV, ao qual fez contundentes críticas. Para o autor, o sistema de classificação do DSM torna possível ao público leigo se diagnosticar, o que é feito excessivamente devido à demanda de rótulos que possam explicar seu sofrimento. Sem entender as sutilezas clínicas, confundem o que seriam apenas variantes normais de

condições como ansiedade ou tristeza, com diagnósticos da moda. Em consonância com essa perspectiva, Walker e Shapiro⁴ afirmaram que o maior risco da inclusão da AP no DSM-V³⁴ seria rotular com um transtorno mental crianças que poderiam simplesmente estar apresentando uma reação de raiva às mudanças provocadas em sua vida pela separação ou divórcio dos pais.

Para Houchin et al.³⁵ outra consequência da medicalização da AP seria a de ter aumentado o tempo e o custo requerido para a avaliação das complicadas situações familiares, o que os levou a interrogar se o interesse por parte dos profissionais de saúde mental que sustentaram a inclusão da AP no DSM-5 não teria mais a ver com interesses econômicos próprios do que com melhorias na prática clínica. Compartilhando dessa percepção, Gambrell³¹ afirma que a psiquiatria e a indústria farmacêutica, com a ajuda do Estado, têm promovido a transformação de comportamentos, pensamentos e sentimentos da vida cotidiana em doenças mentais de forma a vender solução medicamentosa.

Ressaltamos aqui que, não tendo sido aprovada a inclusão da AP como síndrome ou transtorno na quinta revisão, ela foi associada ao item “Problemas de Relacionamento”, que integra o capítulo “Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica”^{34 p 715} mais apropriado, pois toma a AP como um conflito relacional, familiar, tal como o percebem os entrevistados: *“Eu acho que a interferência padronizada, engessada, como se tivesse que responder a isso, tem esse tipo de sintoma, tem esse tipo de manifestação, é isso, é aquilo, só engessa também as relações ”* (E4).

Violência institucional

“Na medida em que somos muitos imaturos ainda e nosso país é um país com muitas carências, muitos contrastes, muita desigualdade, a gente nota muita claramente que o número dos processos vem num crescendo simultâneo ao crescimento da agressividade. Tudo isso reflete aqui” (J2).

Melo³⁶ explica a disseminação da violência nas sociedades de capitalismo tardio, a partir da tese da colonização do mundo da vida pelo sistema, representado pela economia e pelo Estado. Com isso, tem ocorrido a intromissão cada vez maior da lógica do mercado e do poder administrativo na regulação da vida e da interação entre indivíduos e grupos sociais. A violência segue-se, então, à desestruturação familiar, à corrosão de valores e normas, vínculos, identidades e solidariedades. Está também associada à exclusão e às desigualdades sociais, bem como à clássica relação entre capital e trabalho, o que é também apontado pelos membros da equipe:

“As famílias, pelo menos no campo da justiça, estão sendo regidas pelo direito do consumidor. É o meu direito, é o direito de pai, direito de mãe e vai desaparecendo assim tudo que poderia construir e constituir um sujeito que nomearia suas funções, nomearia suas

referências, se endereçaria a elas” (E4).

Sistema adversarial do Direito

A violência institucional advém do próprio Estado com suas políticas controladoras³⁶ e ela começa na estrutura adversarial do Direito:

“Essa lógica do litígio, cada um apresenta suas armas, e espera que o juiz decida. Eles não pensam na lógica do direito para voltarem a ser um grupo, ou tentarem se reorganizar. Eles sempre vão se ver como adversários” (J5).

Essa percepção é corroborada por vários autores³⁷, inclusive o próprio Gardner³⁸, que afirmava que a AP apenas existiria em países que utilizam um sistema legal adversarial, portanto, a etiologia da AP seria legal e não médica ⁷.

A sobrecarga de trabalho, o excesso de demanda e a morosidade do processo são também citados como fatores de prolongamento de custos e querelas:

“O que a pessoa espera quando entra aqui? Que termine o processo rápido. A gente tenta agilizar o mais rápido possível, por incrível que pareça, ainda estamos conseguindo. A gente deve extinguir aqui mais ou menos uns 200 processos por mês. Só de sentença, não estou contando despacho. Despacho deve ser em torno de 800, audiências umas cento e poucas, e se eu termino 200, estão entrando 200” (J3).

Com isso, muitos genitores desistem dos seus direitos - *“Ontem mesmo um pai me falou que não vai mais procurar a criança”* (E3) - crianças ficam privadas de um dos genitores, e consequências as mais diversas podem ocorrer, do plano individual ao social:

“Então isso tem prejudicado demais a qualidade do serviço público de prestação judicial. Principalmente nas questões de família, porque tudo isso vai refletir amanhã na formação do cidadão, na própria sociedade, como ela vai se comportar daqui a uns anos. Se passou por aqui e não recebeu um tratamento adequado, você pode saber, lá na frente vai estourar” (J4).

Entrevistados queixaram-se também da falta de estrutura para sustentar o trabalho: *“E fora que o local adequado seria um local com mesa redonda, um ambiente agradável, aqui tem muito ruído, entra e sai, não funciona”* (E3).

Se, por um lado, a utilização de dispositivos legais e de mecanismos judiciais, constitucionalmente garantidos, é necessária para intervir em diferentes exercícios de poder quando colocam em risco o corpo social, em especial as relações entre pais e filhos³⁹, por outro lado o excesso de judicialização faz perguntar sobre a dificuldade que as pessoas têm apresentado para se responsabilizarem pelas próprias decisões: - *“Cada dia*

mais eles estão trazendo questões pequenas, às vezes ínfimas, que eles teriam condições de resolver por eles próprios, mas transferem isso para o judiciário” (J5).

A intervenção do Estado

Oliveira e Brito definem judicialização como “o movimento de regulação normativa e legal do viver, do qual os sujeitos se apropriam para a resolução dos conflitos cotidianos”.¹⁷ ^{p 80} Nessa perspectiva, de acordo com Foucault⁴⁰, os atores sociais envolvidos contribuem para a ocorrência da violência institucional, por meio de um conjunto de micropoderes que podem ser articulados às formas de dominação do Estado. A teoria do exame genealógico de Foucault se opõe às teses tradicionais que geralmente atribuem ao Estado e aos seus aparelhos o papel central e exclusivo no gerenciamento do poder. É possível aproximar tal teoria da abordagem feita pelos entrevistados quando se referem a posições dos membros da família, inclusive da criança, como posições de poder:

“Por exemplo, se ele está sob a guarda da mãe, e a mãe começa a impor limites, ele vai virar para ela e falar assim: mãe, agora eu sei por que meu pai se separou de você, você é uma chata. Eu quero morar é com meu pai. Muito bem, se eles não estiverem se comunicando bem, ele vai lá pro pai, o pai também acha uma beleza: não tem mais que pagar pensão alimentícia, recebi meu filho, meu filho me ama e tal... A primeira bronca que o pai der nele, o que que ele vai fazer? Me arrependi, quero morar é com minha mãe. A mãe, muitas vezes, fica com medo de se posicionar perante o filho, perder a guarda da criança. Eu já perdi tudo. Então, muitas vezes, ela se submete aos caprichos do filho, sendo que ela não deveria fazer pelo bem dessa pessoa” (J4).

A dificuldade de pais e mães em impor limites aos filhos é um dos efeitos das transformações da vida pública sobre as relações privadas. Se há contemporaneamente uma degradação das figuras representativas de autoridade, esta deve ser associada à multiplicação de normas que penetram nos interstícios das relações doméstico-familiares³⁰, numa substituição da figura do pai pela do juiz: *“É uma forma de barrar um pouco, a coisa se perde a tal ponto da responsabilidade como pai, se envolve tanto a criança e se usa tanto ela no litígio que às vezes é tão ruim pra ela, tão devastador que o juiz tem que fazer uma intervenção”* (E5).

Oliveira e Brito atribuem o excesso de judicialização à prevalência de uma ordem social baseada no medo, onde o outro será sempre um risco em potencial do qual é preciso se proteger. Com isso, numa lógica dicotômica que separa o bem do mal, o agressor da vítima, reforça-se a segregação social e a culpabilização do indivíduo, por meio de políticas penais repressivas, violentas e estigmatizantes, facilitando a suspensão dos princípios éticos, dos direitos constitucionais e das garantias legais, justificando-se, por exemplo, o afastamento da mãe alienadora ou a entrada da polícia nas escolas. A lei da AP¹⁵ prevê medidas como mudança de guarda e suspensão da autoridade parental, tendo esse caráter punitivo, herança de Gardner, gerado controvérsias. As opiniões dos entrevistados se

dividem na análise do que a lei da AP trouxe de benefício: há os que acreditam que *“ela abre um espaço para que se fale desse fenômeno e de um tratamento mais particular de cada caso”* (E8); e os que afirmam que *“o fato de se ter criado leis no Brasil para decidir essas questões que envolvem AP, guarda compartilhada, acaba também favorecendo ou estimulando a judicialização da vida”* (E9).

A intervenção do tipo punitiva em conflitos familiares que envolvem AP utiliza com frequência a Lei Maria da Penha, a ponto de Viana⁴¹ ter proposto a sua aplicação em casos de AP para ambos os gêneros. Entrevistados referem-se ao abuso da sua utilização:

“Esperta sabe? Ela sabe que tem legislação, Maria da Penha, violência doméstica... Ela vai lá, faz um boletim de ocorrência policial, fala que o marido a agrediu, que o marido falou que ia matar... Os juízes, via de regra, dão a autorização.” (J4).

O entrevistado aponta uma deturpação da proposta da vara de atendimento às mulheres vítimas de violência:

“Porque também aquela vara não foi criada para ser o que é, né? Ali precisava de toda uma rede de apoio às mulheres vítimas de violência, aos próprios maridos, muitas vezes, alguns alcoólatras, outros dependentes químicos... Quer dizer, tinha que ter toda uma estrutura de apoio para que a coisa funcionasse bem.” (J4).

Encontramos na literatura a mesma divisão de opiniões: segundo Brockhausen⁴², a nomeação do problema facilitou a divulgação sobre o tema, o acesso a informações, a ajuda especializada e trouxe maior clareza sobre a hora de intervir legalmente e Sousa⁴³, ao contrário, afirma que possivelmente a criação de uma nova lei não seria necessária se, além dos serviços multidisciplinares, fossem implementadas medidas no judiciário que visassem mais à convivência familiar do que à punição dos seus membros.

Prevenção da violência

Melo descreve como violência “qualquer situação em que o ator social perde o reconhecimento de si como sujeito de linguagem, mediante o uso do poder, da força física ou de qualquer outro meio de coerção, sendo então rebaixado da condição de sujeito a de objeto”^{36 p 13}. A descrição da autora vai ao encontro da afirmação de Lacan⁴⁴ de que é nos confins onde a fala se demite que começa a violência. Sendo assim, qualquer dispositivo que se institua para possibilitar a fala do sujeito pode se constituir num tipo de prevenção da violência. Os entrevistados, de maneira geral, ressaltaram a importância do oferecimento desse tipo de dispositivo. Sugestões de abordagem terapêutica foram apontadas, o que justifica o atendimento da família ser sempre prestado pelo mesmo membro da equipe de estudos psicossociais, ainda que o processo tenha sido encerrado:

“Às vezes é o primeiro contato que aquela pessoa teve na vida

dela com um profissional da psicologia, primeira vez que ela sentou num lugar e alguém pode escutar. Ontem mesmo veio uma mãe aqui, eu até já devolvi o processo, mas ela falou: estou angustiada demais, eu preciso, eu acho que vai ser melhor conversar com você do que com meu advogado. Eu acho que ela encontrou aqui um lugar de acolhida e ela foi e ela voltou. Isso acontece” (E10).

Juízes apostam tanto na abordagem terapêutica que por vezes encaminham as pessoas diretamente para tratamento, sem passar pelo atendimento da equipe:

“Tem as medidas da lei e uma das medidas é determinar acompanhamento psicológico, daí você determina que eles façam, procurem algum profissional e apresentem os relatórios periódicos, para comprovar que o acompanhamento está ocorrendo. Às vezes eles preferem até que o juiz indique um profissional da sua confiança, imparcial, porque se uma parte ou outra indicar, eles podem cismar que o outro está se privilegiando disso” (J5).

Em consonância com a percepção dos entrevistados, autores propõem que o atendimento psicológico seja até anterior ao início do processo judicial para, só em um segundo momento, junto aos membros da família, encontrar alternativas mais adequadas para cada caso particular, sem que deixem de questionar, contudo, a eficácia de uma psicoterapia feita sobre coerção⁴³.

Abordagens extrajudiciais como a mediação, conciliação e oficinas de parentalidade também foram levantadas como formas de possibilitar a fala do sujeito:

“A oficina é um grupo de pais, não o casal, o ex-marido participa em um dia, a ex-mulher no outro dia e vamos conversando, falando com eles sobre o divórcio, as consequências do divórcio para a vida deles, para a vida dos filhos deles, como os filhos se sentem frente ao divórcio, como eles podem orientar os filhos, mas como eles também precisam se cuidar para que também não ocorra a AP. As crianças também participam, em grupos por faixa etária: crianças de seis a onze anos e de doze a dezessete, adolescentes” (E3).

Apesar de se constituírem em diferentes institutos, os termos mediação e conciliação são originários de um mesmo eixo: a resolução consensual dos conflitos⁴⁵. Nesse sentido, “*é uma mudança de paradigma. O que o direito antes procurava era o litígio, um está certo e o outro está errado, agora está se falando de os dois, está todo mundo certo, vamos ver o que que é melhor agora para vocês*” (E3). Em consonância com o entrevistado, Brockhausen⁴² afirma que ela consiste numa mudança de paradigmas por não se utilizar do sistema adversarial do direito.

No Brasil, a mediação foi objeto de lei promulgada em junho de 2015⁴⁶, integrando uma reforma do sistema legal dos ritos processuais, e tem sido largamente procurada como forma de resolução de conflitos familiares:

“Então a mediação tem sido cada dia mais adotada como uma técnica que visa buscar o restabelecimento da comunicação, que é realmente o problema que nós temos” (J5).

“O que se espera é que haja uma responsabilização, onde o sujeito perceba o seu papel no que está acontecendo” (E8).

Acredita-se que pais que participam da tomada de decisões e sentem que suas considerações são ouvidas têm maior probabilidade de obedecer a um acordo de mediação do que a uma ordem judicial. Assim, ao abrir possibilidade ao entendimento do conflito, focando na transformação das posições rígidas das partes e na regulação dos conflitos pelas próprias, a mediação pode prevenir o aumento da violência inerente aos conflitos de alta litigância⁴². Limitações da mediação como a sua inviabilidade em casos muito graves⁴, foram, contudo, apontadas por autores e entrevistados.

Outro dispositivo jurídico que foi instituído com a finalidade de chamar os pais à responsabilidade para com seus filhos foi a lei da guarda compartilhada¹⁶:

“Eu acredito que a partir do momento em que a guarda compartilhada é instituída e passa a ser difundida socialmente, as pessoas começam a aceitar como modelo padrão, então eu acredito que o filho deixaria de ser um objeto de disputa e de vingança” (E7).

Destacou-se aqui também a dificuldade de aplicação da lei em casos de litígio: “Se há litígio, por exemplo, como compartilhar responsabilidade num litígio? As pessoas não sabem” (E2).

Apesar das ressalvas de entrevistados e autores⁴ quanto à viabilidade da guarda compartilhada em casos de conflitos graves, há estudos que indicam que a criança dessa modalidade de guarda teve os melhores resultados. Nielsen⁴⁷ escreveu um artigo sumarizando 40 estudos dos últimos 25 anos que compararam crianças que vivem pelo menos 35% do tempo com cada genitor com aquelas que vivem principalmente com sua mãe e permanecem menos de 35% do tempo com o pai. Os 40 estudos alcançaram resultados semelhantes, de que a maioria das crianças de todas as idades de famílias que compartilham a parentalidade tiveram melhores resultados em medidas de bem estar físico, emocional, comportamental e psicológico, bem como melhores relações com ambos os pais, vantagens que se mantiveram mesmo em casos de conflitos graves entre os pais.

Os entrevistados não se referiram a políticas públicas de prevenção da violência, mas encontramos autores que propõem intervir o mais precocemente possível na separação do casal, antes mesmo que o caso chegue à justiça, implantando-se uma política familiar para prevenir separações e divórcios⁴⁸, nos espaços da vida cotidiana (escolas, serviços sociais, consultórios de clínicos gerais e pediatras, etc.)⁴⁹, com a criação de programas psicoeducacionais para adultos anteriores à decisão de ter filhos, como também programas dirigidos aos pais no início do processo de separação explicando os vários métodos não

adversariais de resolução de disputas e os efeitos negativos do litígio, especificamente os possíveis danos psicológicos às crianças ²¹.

Sugestões relativas a políticas de ensino como a implementação de cursos de Psicologia Jurídica na graduação de psicologia²¹ e campanhas para detecção da AP junto aos pediatras²⁴ também foram encontradas na literatura. Numa perspectiva mais ampla, entrevistados e autores associaram os conflitos familiares à desigualdade social, à lógica do consumo e à mudança de valores instituída pelo capitalismo, o que indica a necessidade de políticas públicas que atuem na prevenção de agentes estressores que venham a se somar ao conflito familiar⁵⁰. Agentes estressores incluiriam desde casamentos traumáticos, até restrições financeiras, falta de tempo de convivência devido ao excesso de trabalho e falta de suporte para jovens casais construírem uma família. As famílias devem ter acesso a recursos financeiros, educacionais, médicos e sociais, ficando mais preparadas para enfrentar os problemas da vida; as abordagens jurídicas e políticas devem proteger os membros da família da discriminação, desigualdade e violência, oferecendo serviços efetivos e acessíveis. Ocorrências como o divórcio, então, deveriam ser pensadas dentro de complexo processo, em que se associam outros estressores sobre os quais os pais não têm controle. Na mesma perspectiva, Letournet et. al⁴⁸ afirmam que pressões associadas à organização social influenciam diferentemente as famílias de trabalhadores e as desprovidas de recursos. Para os autores, numa ótica de prevenção de separações, uma política familiar deveria também integrar esses dois eixos.

A OMS⁵¹ demonstra que há evidência de que a violência pode ser prevenida e ter seu impacto reduzido, da mesma forma como foram reduzidas as complicações da gravidez, acidentes de trabalho, doenças infecciosas e resultantes de água e comida contaminada. Estabelece sete estratégias para prevenir a violência interpessoal ou doméstica e dirigida a si mesmo, sugerindo ações, campanhas e programas para cada uma delas: desenvolvimento de relações seguras e estáveis entre as crianças, pais e cuidadores; desenvolvimento de capacidades das crianças e adolescentes; redução da disponibilidade e uso nocivo de álcool; redução do acesso a revólveres, facas e pesticidas; promoção da igualdade de gêneros; mudança de normas culturais que sustentam a violência e identificação da vítima, cuidado e apoio.

Conclusão

A AP é uma forma de violência doméstica ou interpessoal, independentemente se praticada com ou sem intencionalidade. Os atores sociais envolvidos têm a sua parcela de responsabilidade tanto na ocorrência da AP quanto na forma que escolhem para o seu tratamento.

A intervenção do Estado nas questões familiares por meio da judicialização indiscriminada, ao invés de proteger as famílias, pode gerar mais violência, seja pela predominância dos aspectos punitivos em detrimento de políticas públicas que possam

minimizar os fatores predisponentes, pela medicalização do conflito familiar, ou pelo prolongamento das querelas, efeito do sistema adversarial do direito. A medicalização do conflito de relacionamento se junta à judicialização, na medida em que o tratamento do suposto distúrbio passa a ser uma punição à infração cometida.

Partindo do princípio de que a prevenção da violência é possível, conclui-se que o investimento do Estado deveria privilegiar políticas públicas que favoreçam condições de vida dignas que possam atenuar os fatores estressores que causam ou potencializam os conflitos familiares, bem como políticas de saúde, educação, informação e estímulo do protagonismo de cada membro da família e de cada ator social, de forma a que tenham condições de responsabilizar-se pelas próprias escolhas sem incorrer em violência doméstica.

Referências

1. GARDNER, Richard. Recent trends in divorce and custody. In: Academy Forum, Volume 29, n° 2, Summer, 1985. <Disponível em: www.fact.on.ca> Acesso em: 03/10/2016.
2. BAKER, Amy J.L.; VERROCCHIO, Maria Cristina. Italian Adults' Recall of Childhood Exposure to Parental Loyalty Conflicts. In *Journal of Child and Family Studies*, 24: 95–105, 2015.
3. DUTTON, Donald G.; CORVO, Kenneth N.; HAMEL, John. The gender paradigm in domestic violence research and practice part II: The information website of the American Bar Association. In: *Aggression and Violent Behavior* 14, 30–38, 2009.
4. WALKER, Leonore E.; SHAPIRO, David L. Parental Alienation Disorder: Why Label Children with a Mental Diagnosis? *Journal of Child Custody*, 7:266–286, 2010.
5. GAGNÉ, Marie-Hélène; DRAPEAU, Sylvie; ROSALIE HÉNAULT, Rosalie. L'aliénation parentale : un bilan des connaissances et des controverses. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 46:2, 73-87, 2005.
6. DIAS, Maria Berenice. Alienação parental: um crime sem punição. In: *Incesto e alienação parental*; 3 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.
7. MONTEZUMA, Márcia Amaral. Alienação parental: diagnóstico médico ou jurídico? In: *Incesto e alienação parental*; 4ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2017.
8. GARDNER, Richard. Should Courts Order PAS Children to Visit/Reside with the Alienated Parent? A Follow-up Study. *The American Journal of Forensic Psychology*, 19(3):61-106, 2001.
9. GARDNER, Richard. Parental alienation syndrome vs. parental alienation: which diagnosis should evaluators use in child-custody disputes? *The American Journal of Family Therapy*, 30(2):93-115, 2002d.
10. GARDNER, Richard. Denial of the parental alienation syndrome also harms women. In: *American Journal of Family Therapy* 30(3):191-202, 2002b.
11. GARDNER, Richard. Carta, 2002f. <Disponível em: www.fact.on.ca, no link Support the inclusion of PAS in DSM-V> Acesso em 20/05/2014.
12. LAPIERRE, Simon; Côté, Isabelle. Abused women and the threat of parental alienation: Shelter workers' perspectives. *Children and Youth Services Review*, 65:120–126, 2016
13. THOMAS, Rebecca; RICHARDSON, James T. Parental alienation syndrome: 30 years on and still junk science. *Judges Journal*, 54:22, 2015
14. BERNET, William. Parental alienation: misinformation versus facts. In: *Judges Journal*, 23, 2015.
15. BRASIL. Lei nº 12318, de 26 de agosto de 2010. <Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil> Acesso em 18/02/2015.

16. BRASIL. Lei nº 13.058, de 22 de dezembro de 2014. <Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil> Acesso em 18/02/2015.
17. OLIVEIRA, Camilla Felix Barbosa; BRITO, Leila Maria Torraca. Judicialização da vida na contemporaneidade. In: *Psicologia: Ciência e Profissão* vol. 33, nº spe, Brasília, 2013.
18. SOUSA, Analicia Martins; BRITO, Leila Maria Torraca. Síndrome de alienação parental: da teoria norte-americana à nova lei brasileira. In: *Psicologia: ciência e profissão*, 31 (2), 268-283, 2011.
19. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde – 13ª edição. São Paulo: Hucitec, 2013.
20. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
21. FIDLER, Barbara Jo; BALA, Nicholas. Children resisting postseparation contact with a parent: concepts, controversies and conundrums. *Family Court Review*, 48 (1):10–47, 2010.
22. GARBARINO, J; GUTTMAN, E; SEELEY, JW: The psychologically battered child. Strategies for identification, assessment and intervention. 4ªed. Jossey-Bass Inc., Publishers. San Francisco, 1989, apud GUARDIOLA, Montserrat Gómez de Terreros. Maltrato psicológico. In: *Cuadernos de Medicina Forense*, Málaga, 12:43-44, 2006.
23. BOW, James N.; GOULD, Jonathan W.; FLENS, James R.. Examining parental alienation in child custody cases: a survey of mental health and legal professionals. *The American Journal of Family Therapy*, 37:127–145, 2009.
24. MAIDA, Ana Margarita; HERSKOVIC, Viviana; PRADO A., Bernardita. Síndrome de alienación parental *Revista Chilena de Pediatría*. Santiago, 82 (6): 485-492, 2011.
25. FREUD, Sigmund (1930). O mal estar na civilização. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XXI, 1974.
26. LACAN, Jacques (1969-1970). O Seminário. Livro 17: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
27. LACAN, Jacques (1969). Nota sobre a criança. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.
28. BRANDÃO, Eduardo Ponte. Por uma releitura da “síndrome de alienação parental” à luz da psicanálise. In: Marraio. *Revista interdisciplinar de psicanálise com crianças: o que responde o analista ao sujeito criança*, Vol. 23. Rio de Janeiro: Formações Clínicas do Campo Lacaniano, 2012.
29. VALENTE, Maria Luiza. Síndrome da Alienação Parental: A perspectiva do serviço social. Em: Associação de Pais e Mães Separados (org.). *Síndrome de Alienação Parental*. Porto Alegre: Equilíbrio, 2005.
30. BRANDÃO, Eduardo Ponte. Por uma ética e política da convivência: uma breve exame da “Síndrome de Alienação Parental” à luz da genealogia de Foucault. 2009 < Disponível em: www.ibdfam.org.br > Acesso em: 03/10/2016.
31. GAMBRILL, Eileen. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a Major Form of Dehumanization in the Modern World. In: *Research on Social Work Practice*, 24(1) 13-36, 2014.
32. ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde. *Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.
33. FRANCES, Allen. Normality Is an Endangered Species: Psychiatric Fads and Overdiagnosis., July 2010 < Disponível em: [WWW.Psychiatric Times](http://WWW.PsychiatricTimes)> Acesso em: 03/10/2016.
34. DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª Ed. American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2014.
35. HOUCHIN, Timothy M.; RANSEEN, John; HASH, Phillip A. K.; BARTNICKI, Daniel J. The Parental Alienation Debate Belongs in the Courtroom, Not in DSM-5. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 40:127–31, 2012.
36. MELO, Elza Machado. Podemos prevenir a violência: teoria e prática. Brasília: Organização Pan/ Americana da Saúde, 2010.
37. MIRANDA JUNIOR, Helio Cardoso. Um psicólogo no tribunal de família: a prática na interface Direito e

Psicanálise. Belo Horizonte: Editora Arte Sã, 2010.

38. GARDNER, Richard. The role of the judiciary in the entrenchment of the parental alienation syndrome (PAS), 2002e. <Disponível em www.rgardner.com/ar11.html > Acesso em 2014/05/20.
39. OLIVEN, Leonora Roizen Albek. Alienação parental: a família em litígio. Rio de Janeiro: UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA. 163 P. Dissertação, Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade, 2010.
40. FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
41. VIANA, Maria Rosiane da Silva. Possibilidade da aplicação da Lei Maria da Penha nos casos de alienação parental. In: Revista da SJRJ, Rio de Janeiro, 20(37):213-222, 2013.
42. BROCKHAUSEN, T. Síndrome de Alienação Parental e Psicanálise no campo Psicojurídico: de um amor exaltado ao dom do amor. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
43. SOUSA, Analícia Martins. Síndrome da alienação parental: um novo tema nos juízos de família. São Paulo: Cortez Editora, 2010.
44. LACAN, Jacques (1954-1998). Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
45. PEREIRA, Rodrigo da Cunha. Divórcio: teoria e prática. Rio de Janeiro: GZ Ed., 2010.
46. BRASIL. Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015. <Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil> Acesso em 18/10/2015.
47. LÉTOURNEAU, E.; ANDRÉ, D.; BERNIER, M.; MARCHAND, P., & TRUDEL, A.-M. Familles et santé. In: Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition. Québec, QC : Institut de la statistique du Québec, 471-494, 2000.
48. LACROIX, M. Le juge aux affaires familiales face au syndrome d’aliénation parentale Parental alienation syndrome and the family court judge. Elsevier Masson, 2010. <Disponível em www.sciencedirect.com> Acesso em 26/03/2014.
49. NIELSEN, Linda. Shared Physical Custody: Summary of 40 Studies on Outcomes for Children. Journal of Divorce & Remarriage, 55:614–636, 2014
50. AGLLIAS, Kylie. Difference, Choice, and Punishment: Parental Beliefs and Understandings about Adult Child Estrangement. Australian Social Work, 68(1):115–129, 2015
51. World Health Organization. Violence prevention: the evidence. Geneva: WHO; 2010.

Violência institucional no setor saúde

Priscilla Soares dos Santos Ladeia
Elza Machado de Melo
Tatiana Tscherbakowski de Guimarães Mourão

Andréa Maria Silveira
Lorena Torres de Melo
Ricardo Tavares

Resumo

A violência, em suas múltiplas faces, constitui um problema mundial pelas suas graves consequências em agravos à saúde e impacto socioeconômico. O setor saúde, que deveria promover o cuidado dos indivíduos envolvidos e ações de enfrentamento desse problema, paradoxalmente, pode atuar como agente de violência institucional. Este capítulo sintetiza parte de um estudo sobre violência institucional na saúde, baseado em um inquérito domiciliar de base populacional realizado na cidade de Betim, MG. Foram realizadas análise descritiva com distribuição de frequência, análise bivariada com teste de significância estatística e análise por modelos log-lineares com cálculo de razão de chances para as seguintes variáveis: violência institucional e condições sociodemográficas dos usuários em situação de violência. Como resultados apresentados neste livro, podemos destacar que a violência institucional está presente no setor saúde do município estudado e que o perfil das vítimas se apresenta com características de vulnerabilidade sociodemográficas historicamente construídas e já reconhecidas em outros estudos sobre esta e outras formas de violência. Este “perfil de vitimização” se associa a fatores passíveis de abordagem e nos convoca a efetivar programas e ações de enfrentamento da violência institucional.

Palavras-chaves: Violência, Vulnerabilidade Social, Serviços de saúde.

Apresentação

Porque falar sobre violência

A violência, em suas múltiplas faces, constitui um problema mundial pelas graves consequências em agravos à saúde e impacto socioeconômico.

No Brasil, no ano de 2019 ocorreram 142.800 óbitos em função de “causas externas”, representadas por violência e acidentes, configurando a quarta maior causa do total de 1.349.802 óbitos ocorridos naquele ano. Somente no primeiro semestre de 2020, as causas externas de morbidade somaram 574.065 internações.¹

Esses dados se traduzem em altos custos referentes a internações e tratamentos com reabilitação física e mental, absenteísmo no trabalho e anos de vida e produtividade perdidos em decorrência de óbitos.^{2,3,4} No entanto todos esses números constituem apenas a “ponta do iceberg” da violência, uma vez que não são contabilizadas lesões leves que não demandam cuidados em saúde; agressões não notificadas por aceitação cultural, medo ou coação; e aquelas difíceis de medir como a violência psicológica.³

Há que se ressaltar, ainda, os prejuízos incalculáveis no que tange à dor e sofrimento associados às manifestações da violência, à sensação de insegurança e medo que se perpetua na sociedade, além das múltiplas consequências psicológicas e sociais para os indivíduos e suas famílias.

O setor saúde, que deveria efetuar o cuidado dos indivíduos envolvidos em situações de violência e promover ações de enfretamento deste problema, paradoxalmente, pode atuar como agente de violência institucional.

Neste contexto, torna-se evidente a importância do estudo da violência em suas múltiplas apresentações, mas, especialmente no que tange à violência institucional na saúde, é escassa a literatura disponível e frequentes são as queixas de usuários deste setor. Diante disso e da necessidade de se tornar pública a discussão sobre o tema foi realizada uma pesquisa de mestrado intitulada - Violência institucional na saúde: um inquérito populacional - cujos resultados serão parcialmente aqui apresentados.

Violência institucional: definições e conceitos

A violência institucional é definida como aquela praticada por órgãos e agentes públicos que deveriam responder pelo cuidado, proteção e defesa dos cidadãos. Inclui ações de desrespeito, abuso de poder ou mesmo omissão, bem como dano físico intencional. Abrange, ainda, a falta de acesso a serviços públicos ou acesso a serviços de má qualidade.⁵

A violência institucional é classificada como uma forma de violência interpessoal comunitária² e pode se manifestar em qualquer serviço público como instituições de saúde, penitenciárias, delegacias, escolas, asilos, etc. A classificação quanto à natureza das ações violentas se divide em negligência, violência verbal, violência física e abuso sexual.⁶ No setor saúde, podemos acrescentar, ainda, a imprudência e a imperícia dos profissionais, que também podem trazer prejuízos graves à integridade física e mental dos usuários.

Há que se destacar, também, a violência estrutural. Esse tipo de violência se relaciona a processos socioeconômicos que reproduzem e sustentam desigualdades sociais, de gênero, de etnia, dentre outras.⁷ A violência estrutural imbrica-se muito profundamente e possivelmente tem relação causal com todos os outros tipos de violência, incluindo a violência institucional. Pela forma como se perpetua em processos sociais e históricos, a violência estrutural naturaliza-se culturalmente, o que torna difícil seu reconhecimento.⁷

No setor saúde, a violência estrutural se manifesta na falta ou dificuldade de acesso ao atendimento, superlotação, escassez de recursos humanos e equipamentos e estrutura precária dos serviços de saúde – problemas que, somados, podem impedir, prejudicar e/ou comprometer a qualidade do atendimento.

Todas essas situações, por definição conceitual, poderiam também ser consideradas faces da violência institucional na saúde, demonstrando como é difícil determinar limites entre essas duas formas de violência.

Objetivos do estudo

O objetivo geral do presente estudo foi analisar a violência institucional em serviços de saúde na cidade de Betim, município do estado de Minas Gerais - Brasil.

Dentre os objetivos específicos, realizou-se análise do perfil sociodemográfico de usuários em situação de violência institucional nos serviços de saúde de Betim com subsequente cotejamento dos resultados encontrados com perfis de vítimas de violência institucional em outros estudos já realizados.

Metodologia utilizada

Este estudo é um recorte do estudo transversal de natureza quali-quantitativa, constituído por inquérito domiciliar, intitulado SAUVI-Saúde e Violência: Subsídios para formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, realizado no município de Betim, envolvendo homens e mulheres acima de 20 anos de idade, selecionados por meio de amostragem estratificada por conglomerados, em três estágios: setor censitário, domicílio e seleção do entrevistado; respectivamente. O sistema de referência adotado foi a listagem e os mapas dos setores censitários do Censo 2010 e a seleção dos municípios dentro de cada setor foi aleatória. A seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade dentro da amostra e utilizou a tabela de Kish para selecionar o participante dentro de cada domicílio. A amostra foi calculada com margem de erro máxima em 1,9% para a proporção de violência no município e grau de confiança de 95%.

O questionário foi elaborado por professores e mestrandos do Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, tendo sido utilizados em sua produção alguns formulários já validados nacional ou internacionalmente por instituições de ensino e saúde. Além disso, o questionário sofreu modificações para que se constituísse somente das perguntas mais pertinentes na visão de especialistas sobre o tema. As

entrevistas foram realizadas entre os anos de 2014 e 2015 após extensa preparação dos entrevistadores e divulgação da pesquisa para a população alvo.

A pesquisa SAUVI foi aprovada pelo Comitê de ética da UFMG, sob o número CAAE - 02235212.2.0000.5149. Teve o apoio financeiro e logístico dos Municípios de Betim e de Belo Horizonte.

Para este estudo foram utilizados os dados referentes às vivências, pelo entrevistado, de situações de violência institucional em suas formas mais explícitas, quais sejam: física, verbal e sexual. Foram analisadas as seguintes variáveis: sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, cor/raça, estado civil, renda individual e familiar, religião); e violência institucional.

A análise estatística desta pesquisa baseou-se em análises bivariadas com teste qui-quadrado de homogeneidade. Algumas tabelas de contingência com os cenários 1 (violência institucional, sexo, faixa etária) e 2 (violência institucional, renda familiar e raça) foram destacadas para o estudo de associações estatisticamente significativas. Estas associações foram avaliadas por meio de modelos log-lineares com cálculo de razão de chances e análise diagnóstica destes ajustes.

Os modelos log-lineares modelam as contagens nas células em uma tabela de contingência sem distinguirem as variáveis da tabela entre variáveis explicativas e resposta. Nestes modelos, todas as variáveis escolhidas são essencialmente “respostas” e o objetivo é estudar a relação entre estas variáveis.⁸

Para esta modelagem, mesmo o modelo ajustado resultando em coeficientes altamente significativos (valores p próximos de zero), o que se quer é verificar a deviance residual. A estatística deviance possui aproximadamente uma distribuição Qui-quadrado. A hipótese nula para esta estatística de teste é que as frequências esperadas satisfazem o modelo log-linear especificado. Os coeficientes neste modelo podem ser interpretados como razões de chances se forem exponenciados.^{8,9}

Considerando uma tabela de contingência de três entradas, os modelos log-lineares podem representar vários padrões de independência e de associação: modelo de independência condicional entre X e Y, controlando Z (XZ, YZ); modelo de independência mútua (X,Y,Z); modelo da associação homogênea (XY, XZ, YZ) e o modelo saturado, denotado por (XYZ) que fornece um ajuste perfeito.^{8,9}

A inferência para os modelos log-lineares é realizada pelo teste Qui-quadrado para a bondade do ajuste. Considerando a hipótese nula que um dado modelo log-linear é adequado. A bondade do ajuste é verificada a partir da comparação dos valores ajustados para as células e as contagens observadas no estudo para tais células. No caso das tabelas com três entradas, as estatísticas da razão de verossimilhança e de Pearson são:

$$G^2 = 2 \sum_{ijk} n_{ijk} \log(n_{ijk} / \hat{\mu}_{ijk}) \quad \square, \quad e \quad X^2 = \sum_{ijk} (n_{ijk} - \hat{\mu}_{ijk})^2 / \hat{\mu}_{ijk}$$

A estatística G^2 é a deviance para o modelo. Os graus de liberdade são calculados diminuindo o número de contagens nas células do número de parâmetros do modelo. O valor dos graus de liberdade decresce conforme o modelo se torna mais complexo.⁸

Quanto menor for a diferença entre o predito pelo modelo e o observado no estudo, melhor será o modelo para falar destes dados observados. Quanto menor estas estatísticas, maior será o valor p do teste, e, portanto, melhor será o modelo. A significância do teste nesse caso é aceitar a hipótese nula.

Resultados

Tabela 1: Violência institucional e variáveis sociodemográficas

| Variáveis socio-demográficas | Violência Institucional | | | | | | Total | | Valor p |
|----------------------------------|-------------------------|-------|-----|------|---------------|-----|-------|-------|---------|
| | Não | | Sim | | Não informado | | N | % | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Masculino | 420 | 95,7 | 19 | 4,3 | 0 | 0,0 | 439 | 38,9 | 0,0323 |
| Feminino | 634 | 91,9 | 53 | 7,7 | 3 | 0,4 | 690 | 61,1 | |
| Faixa etária | | | | | | | | | |
| 20 a 29 | 219 | 90,9 | 21 | 8,7 | 1 | 0,4 | 241 | 21,3 | 0,0649 |
| 30 a 59 | 642 | 93,3 | 44 | 6,4 | 2 | 0,3 | 688 | 60,9 | |
| 60 ou mais | 183 | 96,8 | 6 | 3,2 | 0 | 0,0 | 189 | 16,7 | |
| Não informado | 10 | 90,9 | 1 | 9,1 | 0 | 0,0 | 11 | 1,0 | |
| Escolaridade | | | | | | | | | |
| Pelo menos EM | 435 | 92,8 | 33 | 7,0 | 1 | 0,2 | 469 | 41,5 | 0,5617 |
| Até EF | 610 | 93,7 | 39 | 6,0 | 2 | 0,3 | 651 | 57,7 | |
| Não informado | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 0,8 | |
| Raça/Cor | | | | | | | | | |
| Branca | 288 | 95,0 | 14 | 4,6 | 1 | 0,3 | 303 | 26,8 | 0,1849 |
| Não Branca | 766 | 92,7 | 58 | 7,0 | 2 | 0,2 | 826 | 73,2 | |
| Estado Civil | | | | | | | | | |
| Não solteiro | 806 | 93,6 | 52 | 6,0 | 3 | 0,3 | 861 | 76,3 | 0,4813 |
| Solteiro | 247 | 92,5 | 20 | 7,5 | 0 | 0,0 | 267 | 23,6 | |
| Não informado | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | |
| Renda individual (em S.M) | | | | | | | | | |
| Até 1 | 485 | 93,1 | 35 | 6,7 | 1 | 0,2 | 521 | 46,1 | 0,8918 |
| Entre 1 e 3 | 482 | 93,4 | 32 | 6,2 | 2 | 0,4 | 516 | 45,7 | |
| Mais que 3 | 85 | 94,4 | 5 | 5,6 | 0 | 0,0 | 90 | 8,0 | |
| Não informado | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,2 | |
| Renda familiar (em S.M) | | | | | | | | | |
| Até 2 | 588 | 93,5 | 39 | 6,2 | 2 | 0,3 | 629 | 55,7 | 0,8466 |
| Entre 2 e 5 | 367 | 93,4 | 25 | 6,4 | 1 | 0,3 | 393 | 34,8 | |
| Mais que 5 | 96 | 92,3 | 8 | 7,7 | 0 | 0,0 | 104 | 9,2 | |
| Não informado | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 0,3 | |
| Religião | | | | | | | | | |
| Sim | 851 | 93,6 | 55 | 6,1 | 3 | 0,3 | 909 | 80,5 | 0,7153 |
| Não | 199 | 93,0 | 15 | 7,0 | 0 | 0,0 | 214 | 19,0 | |
| Não informado | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 | 0 | 0,0 | 6 | 0,5 | |
| Total | | | | | | | | | |
| Total | 1054 | 93,4 | 72 | 6,4 | 3 | 0,3 | 1129 | 100,0 | - |

Fonte: própria da pesquisa (2017). (E.M: ensino médio; E.F: ensino fundamental; S.M: salários mínimos)

Tabela 2a: Valores ajustados para os modelos log-lineares aplicados ao cenário 1 (violência institucional, sexo, faixa etária)

| Violência institucional | Sexo | Faixa etária | Frequências | Modelos log-lineares | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------|--------------|-------------|----------------------|---------|---------|----------|----------|---------|---------|--------------|-------|
| | | | | (S, V, F) | (S, VF) | (F, VS) | (V, SF) | (SF, VF) | (FS,VS) | (SV,FV) | (SV, SF, VF) | (SVF) |
| Não | Masculino | 20 a 29 | 91 | 87,7 | 85,4 | 89,5 | 90,8 | 88,5 | 92,8 | 87,3 | 91,2 | 91 |
| | | 30 a 59 | 259 | 250,6 | 250,5 | 255,9 | 253,7 | 253,6 | 259,2 | 255,8 | 259,2 | 259 |
| | | 60 ou mais | 66 | 69,0 | 71,4 | 70,5 | 62,7 | 64,9 | 64,1 | 72,9 | 65,6 | 66 |
| | Feminino | 20 a 29 | 128 | 137,0 | 133,6 | 135,2 | 133,9 | 130,5 | 132,1 | 131,7 | 127,8 | 128 |
| | | 30 a 59 | 383 | 391,7 | 391,5 | 386,4 | 388,6 | 388,4 | 383,3 | 386,2 | 382,8 | 383 |
| | | 60 ou mais | 117 | 107,9 | 111,6 | 106,5 | 114,2 | 118,1 | 112,7 | 110,1 | 117,4 | 117 |
| Sim | Masculino | 20 a 29 | 6 | 6,0 | 8,2 | 4,1 | 6,2 | 8,5 | 4,2 | 5,6 | 5,8 | 6 |
| | | 30 a 59 | 12 | 17,0 | 17,2 | 11,7 | 17,3 | 17,4 | 11,8 | 11,8 | 11,8 | 12 |
| | | 60 ou mais | 1 | 4,7 | 2,3 | 3,2 | 4,3 | 2,1 | 2,9 | 1,6 | 1,4 | 1 |
| | Feminino | 20 a 29 | 15 | 9,3 | 12,8 | 11,2 | 9,1 | 12,5 | 10,9 | 15,4 | 15,2 | 15 |
| | | 30 a 59 | 32 | 26,6 | 26,8 | 32,0 | 26,4 | 26,6 | 31,7 | 32,2 | 32,2 | 32 |
| | | 60 ou mais | 5 | 7,3 | 3,7 | 8,8 | 7,8 | 3,9 | 9,3 | 4,4 | 4,6 | 5 |

Fonte: própria da pesquisa (2017).

Tabela 2b: Testes da bondade do ajuste dos modelos log-lineares do cenário 1 (violência institucional, sexo, faixa etária)

| Modelos | gl | G2 | p.G2 | X2 | p.X2 |
|--------------|----|-------|--------|-------|--------|
| (S, V, F) | 7 | 12,82 | 0,0766 | 11,78 | 0,1079 |
| (S, VF) | 5 | 6,84 | 0,2329 | 6,51 | 0,2598 |
| (F, VS) | 6 | 7,8 | 0,2529 | 7,18 | 0,3043 |
| (V, SF) | 5 | 11,53 | 0,0418 | 10,77 | 0,0561 |
| (SF, VF) | 3 | 5,55 | 0,1356 | 5,24 | 0,1551 |
| (FS,VS) | 4 | 6,51 | 0,1639 | 5,91 | 0,206 |
| (SV,FV) | 4 | 1,82 | 0,7689 | 1,78 | 0,7768 |
| (SV, SF, VF) | 2 | 0,17 | 0,9184 | 0,16 | 0,9234 |
| (SVF) | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |

Fonte: própria da pesquisa (2017).

Tabela 2c: Estimativas dos coeficientes, suas significâncias estatísticas e as razões de chance com intervalo de 95% de confiança para o melhor modelo log-linear, cenário 1 (violência institucional, sexo, faixa etária).

| Coeficientes | Estimativas | Valor p | OR | LI | LS |
|--------------------------------------|--------------------|----------------|-----------|-----------|-----------|
| (Intercept) | 4,9 | 0,0000 | 134,29 | 113,13 | 159,41 |
| Sexo Masculino | -0,3 | 0,0113 | 0,74 | 0,57 | 0,96 |
| Violência sim | -2,1 | 0,0000 | 0,12 | 0,08 | 0,20 |
| F. etária 30 a 59 | 1,1 | 0,0000 | 3,00 | 2,47 | 3,66 |
| F. etária 60 ou mais | -0,1 | 0,5012 | 0,90 | 0,71 | 1,16 |
| Sexo Mas. / Violência sim | -0,6 | 0,0255 | 0,55 | 0,32 | 0,94 |
| Sexo Mas. / F. etária 30 a 59 | -0,1 | 0,7364 | 0,90 | 0,67 | 1,22 |
| Sexo Mas. / F. etária 60 ou mais | -0,2 | 0,2274 | 0,82 | 0,55 | 1,22 |
| Violência sim / F. etária 30 a 59 | -0,3 | 0,2163 | 0,74 | 0,43 | 1,28 |
| Violência sim / F. etária 60 ou mais | -1,1 | 0,0198 | 0,33 | 0,13 | 0,84 |

Fonte: própria da pesquisa (2017).

Tabela 3a: Valores ajustados para os modelos log-lineares aplicados ao cenário 2 (violência institucional, renda familiar e raça)

| Violência institucional | Renda familiar | Raça | Frequências | Modelos log-lineares | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------------|---------------|
| | | | | (Rf,V,R) | (Rf,VR) | (R,VRf) | (V,RfR) | (RfR,VR) | (RRf,VRf) | (RfV,RV) | (RfV, RfR, VR) | (RfVR) |
| Não | Até 2 | Branca | 143 | 157,3 | 160,2 | 157,6 | 141,3 | 144,0 | 141,6 | 160,6 | 144,4 | 143 |
| | | Não branca | 445 | 429,5 | 426,6 | 430,4 | 445,5 | 442,4 | 446,4 | 427,4 | 443,6 | 445 |
| | Entre 2-5 | Branca | 103 | 98,3 | 100,2 | 98,4 | 101,1 | 103,0 | 101,1 | 100,2 | 103,1 | 103 |
| | | Não branca | 264 | 268,5 | 266,7 | 268,6 | 265,8 | 264,0 | 265,9 | 266,8 | 263,9 | 264 |
| Sim | Mais que 5 | Branca | 41 | 26,1 | 26,6 | 25,7 | 39,3 | 40,1 | 38,8 | 26,2 | 39,6 | 41 |
| | | Não branca | 55 | 71,2 | 70,8 | 70,3 | 58,0 | 57,6 | 57,2 | 69,8 | 56,5 | 55 |
| | Até 2 | Branca | 8 | 10,8 | 7,8 | 10,5 | 9,7 | 7,0 | 9,4 | 7,6 | 6,6 | 8 |
| | | Não branca | 31 | 29,4 | 32,4 | 28,6 | 30,5 | 33,6 | 29,6 | 31,4 | 32,4 | 31 |
| Entre 2-5 | Branca | 5 | 6,7 | 4,9 | 6,7 | 6,9 | 5,0 | 6,9 | 4,9 | 4,9 | 5 | |
| | Não branca | 20 | 18,4 | 20,3 | 18,3 | 18,2 | 20,0 | 18,1 | 20,1 | 20,1 | 20 | |
| Mais que 5 | Branca | 1 | 1,8 | 1,3 | 2,1 | 2,7 | 2,0 | 3,2 | 1,6 | 2,5 | 1 | |
| | Não branca | 7 | 4,9 | 5,4 | 5,9 | 4,0 | 4,4 | 4,8 | 6,4 | 5,6 | 7 | |

Fonte: própria da pesquisa (2017).

Tabela 3b: Testes da bondade do ajuste dos modelos log-lineares do cenário 2 (violência institucional, renda familiar e raça)

| Modelos | G1 | G2 | p.G2 | X2 | p.X2 |
|---------------|----|-------|--------|-------|--------|
| (Rf, V, R) | 7 | 16,17 | 0,0236 | 17,03 | 0,0172 |
| (Rf, VR) | 6 | 13,91 | 0,0306 | 14,72 | 0,0225 |
| (R, VRf) | 5 | 15,87 | 0,0072 | 16,74 | 0,005 |
| (V, RfR) | 5 | 4,66 | 0,4588 | 4,68 | 0,4566 |
| (RfR, VR) | 4 | 2,4 | 0,6629 | 2,54 | 0,6375 |
| (RRf, VRf) | 3 | 4,35 | 0,2259 | 3,85 | 0,2779 |
| (RfV, RV) | 4 | 13,61 | 0,0087 | 14,5 | 0,0059 |
| (RfV,RfR, VR) | 2 | 1,89 | 0,3893 | 1,68 | 0,4307 |
| (RfVR) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fonte: própria da pesquisa (2017)

Tabela 3c: Estimativas dos coeficientes, suas significâncias estatísticas e as razões de chance com intervalo de 95% de confiança para o melhor modelo log-linear, cenário 2 (violência institucional, renda familiar e raça)

| Coeficientes | Estimativas | Valor p | OR | LI | LS |
|--|-------------|----------|--------|--------|--------|
| (Intercept) | 5,0 | < 0,0001 | 148,41 | 126,29 | 174,42 |
| Renda fam. Entre 2 e 5 | -0,3 | 0,0078 | 0,74 | 0,58 | 0,95 |
| Renda fam. Mais que 5 | -1,3 | < 0,0001 | 0,27 | 0,19 | 0,38 |
| Raca não branca | 1,1 | < 0,0001 | 3,00 | 2,49 | 3,62 |
| Violência sim | -3,0 | < 0,0001 | 0,05 | 0,03 | 0,09 |
| Renda fam. entre 2 e 5 / Raça Não Branca | -0,2 | 0,2163 | 0,82 | 0,61 | 1,09 |
| Renda fam. mais que 5 / Raça não branca | -0,8 | 0,0006 | 0,45 | 0,29 | 0,69 |
| Raça não branca / Violência sim | 0,4 | 0,1480 | 1,49 | 0,82 | 2,72 |

Fonte: própria da pesquisa (2017)

Violência institucional – “baixa” prevalência ou baixo reconhecimento?

No presente estudo, foram entrevistadas um total de 1129 pessoas, sendo que em 3 questionários não foram informadas as respostas para as variáveis estudadas. Conforme observado na Tabela 1, que avaliou a violência institucional e variáveis sociodemográficas, 72 pessoas referiram ter sofrido violência institucional em um serviço de saúde, representando 6,4% do total de entrevistados.

Quando analisamos esta taxa de 6,4% de pessoas em situação de violência institucional na saúde, devemos pensar em que contexto os profissionais/serviços de saúde deixaram de atuar como promotores de prevenção e cuidado e, mesmo gozando de posição estratégica no enfrentamento da violência em geral¹⁰, atuaram como propagadores desse problema.

Muito se fala sobre o baixo investimento e falta de estrutura, escassez de mão de obra, excesso de demanda e a sobrecarga de trabalho nos serviços de saúde como fatores associados à violência institucional.^{6,11,12,13,14,15,16,17,18,19} A nossa análise, com base na literatura, é de que este problema tem origens e associações múltiplas estabelecidas no encontro usuário / profissional de saúde - com as relações de poder estabelecidas entre eles^{11,15,17,20,21} na perpetuação de preconceitos e discriminações ainda tão corriqueiramente disseminados; na organização do trabalho^{11,22} e do próprio sistema de atenção à saúde.^{11,23,24}

Em 2015, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em que se avaliou o acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. Identificou-se que existiam 146,3 milhões de pessoas com 18 anos ou mais e, desse total, 10,6% (15,5 milhões) afirmaram que já se sentiram “discriminadas” ou tratadas de pior maneira em relação a outras pessoas por profissionais de saúde, em serviços de saúde do país.²⁵

Um outro estudo que avaliou a vivência hospitalar dos pacientes identificou que a maioria dos entrevistados (83,6%) relatou experiências de “desprezo” e “humilhação”, sendo que apenas 16,4% descreveram vivências “zelosas”, ou seja, em que se sentiram tratados “como se fosse gente”.¹¹

Considerando que a discriminação, desprezo e humilhação são apresentações de violência institucional na saúde, estes estudos encontraram uma prevalência deste problema significativamente maior (10,6% e 83,6%) do que a encontrada em nosso estudo (6,4%). Todos estes números, porém, podem ser ainda maiores.

Isto porque, especificamente em relação à nossa pesquisa, a relativa “baixa” prevalência pode se relacionar ao fato de muitas pessoas não reconhecerem a violência institucional pela forma naturalizada com que se estabelece nas rotinas e práticas das instituições.¹⁵ Soma-se a isso, o fato de as entrevistas terem sido realizadas em domicílio, o que pode ter trazido medo de retaliações aos entrevistados por “denunciarem” a violência sofrida, mesmo tendo sido garantido o sigilo.

Uma outra hipótese, que se relaciona diretamente com as anteriores, é referente

ao fato de o acesso à saúde remontar a tempos em que não era tratado como um direito previsto inclusive em lei. Por este motivo, ainda nos dias de hoje, podemos observar posturas de profissionais e de usuários muito enraizadas em uma cultura clientelista no que tange ao acesso à saúde, em que prevalece uma relação desigual de poder e de suposto “favor” ou favorecimento do profissional para o paciente e não de prestação de serviço e cuidado.

Uma última hipótese para esta relativa “baixa” prevalência da violência institucional em nosso estudo, é o fato desta violência ter sido avaliada apenas em suas formas mais explícitas, quais sejam: verbal, física e sexual. Ou seja, não foram incluídas aqui a violência estrutural, cujas manifestações são ainda mais silenciosas,⁷ nem a assimetria da relação com o usuário, como foi feito no estudo anteriormente citado.¹¹ A violência estrutural relaciona-se com inúmeras situações já tradicionalmente identificadas como problemas do setor saúde. Ou seja, a população pode não saber nomear como “violência estrutural” mas enfrenta dificuldades no acesso ao atendimento em saúde, encontra serviços de saúde com estrutura física sucateada e tem dificuldades para agendar um exame ou procedimento.^{6,11,13,15,16,17,18,21,26,27,28}

Portanto, é possível que os números da violência institucional na saúde sejam ainda maiores, mas os dados apresentados nos estudos já realizados são suficientemente alarmantes, evidenciando uma contradição de uma prática profissional que deveria ser primariamente de cuidado e uma urgente necessidade de intervenção.

O retrato das vítimas de violência institucional na saúde: mulheres, não brancos (as), baixa renda

Na relação profissional de saúde e paciente existe uma assimetria prévia no que tange ao conhecimento técnico científico atribuído ao profissional e à posição de fragilidade e suposto “não saber” do paciente.^{15,17,20,21}

Chauí discute como esta relação de “diferença” se transforma em “desigual” e estabelece uma hierarquia que permite a manifestação de poder e, em seu extremo, da violência institucional.²⁹ Para Arendt, a violência aconteceria quando não existe a comunicação livre entre sujeitos, quando se sobrepõe a vontade de um indivíduo sobre outro.³⁰

Desta forma, poderíamos entender a violência institucional como atos ou omissões em que é negado o direito à participação do indivíduo nas decisões acerca de sua saúde, em que o cuidado em saúde se dá de forma impositiva e por vezes “padronizada”, desrespeitando-se a particularidade e singularidade de cada indivíduo.^{15,17,20,28,31}

No entanto, para além desta relação causal entre assimetria de poder e violência institucional, outras condições de “desigualdades” favorecem a manifestação deste tipo de violência. Em uma generalização proposital, poderíamos dizer que as vítimas de violência institucional na saúde têm sexo, cor e renda definidos: mulheres, não brancos (as), de baixa renda.

O Brasil é um país marcado pela desigualdade social ao longo de sua história. Países com altos níveis de desigualdade apresentam menor crescimento econômico a médio e longo prazo e menores investimentos em educação, o que favorece o surgimento de “armadilhas de pobreza” que promovem entraves à mobilidade social.³² As “armadilhas de pobreza” se apresentam na dificuldade de acesso e na qualidade de direitos básicos como educação, saúde, trabalho, perpetuando um circuito de pobreza que se retroalimenta de maneira desigual entre os estratos socioeconômicos.

Os profissionais de saúde, inseridos neste contexto, através da prática da violência institucional tendem a propagar estas desigualdades históricas.¹¹

Na PNS, dentre as pessoas que referiram ter sofrido discriminação em serviços de saúde, destacam-se as mulheres (11,6%); pessoas de 30 a 39 anos (11,9%) e 40-59 anos (12,0%); de cor preta (11,9%) e parda (11,4%).²⁵ As pessoas entrevistadas mencionaram a falta de dinheiro e classe social como os principais motivos para terem sofrido discriminação.

Como demonstrado na tabela 1, este “perfil de vitimização” é similar ao encontrado em nosso estudo: a maioria das vítimas do sexo feminino, de 30 a 59 anos de idade, com baixa escolaridade, baixa renda e cor não branca.

A maior prevalência da violência institucional em grupos historicamente conhecidos pela sua vulnerabilidade social nos permite afirmar que existe um profundo imbricamento e sobreposição desta com outras formas de violência e que todas elas têm a desigualdade social como pano de fundo, pois ela “limita injustamente o acesso às oportunidades dos desfavorecidos”.¹¹

ELAS sofrem mais violência institucional

As mulheres são as principais vítimas de violência institucional na saúde e isto se deve essencialmente à sobreposição desta forma de violência com a de gênero.^{11,15,17,20}

Em nosso estudo, conforme evidenciado na tabela 1, das 72 pessoas que afirmaram ter sido vítimas de violência institucional, 73,6% eram mulheres (p: 0,0323).

Nas tabelas 2a e 2b evidenciou-se que o modelo log-linear de associação homogênea (SV, SF, VF) é o melhor para explicar as relações entre violência institucional (V), sexo (S) e faixa etária (F) – cenário 1. A tabela 2c reforça o resultado encontrado na tabela 1 ao demonstrar que ser do sexo masculino constitui fator de proteção à violência institucional (OR: 0,55; IC: 0,32 – 0,94).

A violência de gênero, também chamada de violência contra a mulher, atinge mulheres de todas as idades, graus de instrução, classes sociais, raças e orientação sexual e tem alta prevalência e impacto socioeconômico.³³

Sua manifestação ocorre, dentre outros motivos, em função da hegemonia de poder masculino, dos papéis atribuídos a cada um dos gêneros e da condição de subalternidade feminina na relação entre homens e mulheres.³⁴

A relação de poder do homem sobre a mulher, historicamente construída, permeia a vida rotineira das pessoas e pode se deslocar atingindo as relações entre profissionais de saúde e as mulheres.³⁴

No atendimento às mulheres seriam estabelecidas relações duplas de poder – uma relação assimétrica baseada no conhecimento que o profissional detém e outra em relação ao gênero – que podem culminar com a manifestação da violência no setor saúde.

As diversas faces da violência institucional imbricam-se à violência de gênero no atendimento a mulheres em serviços de saúde. Às já conhecidas apresentações de violência institucional na saúde, somam-se outras que se estruturam em julgamentos de valor e moral.^{6,15,16,17,20} Mulheres em trabalho de parto foram obrigadas a esperar mais tempo pelo atendimento por não terem feito um pré-natal adequado, independentemente de suas condições de saúde, com a justificativa de que isto serviria para lhes “ensinar” a se planejarem melhor em uma próxima gravidez.⁶

Uma outra análise da maior frequência de violência institucional em pessoas do sexo feminino se relaciona aos papéis sociais que ao longo dos anos foram facultados às mulheres. Mesmo tendo assumido outras funções no mercado de trabalho formal, continuou sendo primordialmente da mulher o papel de cuidar da saúde dos filhos e até de familiares. Com isso, elas são as que mais frequentam unidades de saúde, seja para cuidarem de si mesmas ou de seus entes e podem precisar requerer serviços e ações, representando certo “incômodo” para os profissionais, e tornando-se mais expostas à possibilidade de sofrer violência institucional.

Assim, as mulheres seguem experienciando violência em suas relações íntimas, na vida pública e, infelizmente, também no serviço público.

Violência institucional sobreposta à violência racial: uma herança do período escravagista

Pessoas de raça não branca foram as que mais declararam ter sofrido violência institucional na saúde, em nosso estudo. Das 72 pessoas vítimas desse tipo de violência, 58 eram não brancas, o que representa mais de 80% do total (tabela 1) e destaca mais uma sobreposição de violências: institucional com racial.

As tabelas 3a e 3b evidenciaram que o modelo log-linear (RfV, RfR, VR) é o melhor para explicar as relações entre violência institucional (V), renda familiar (Rf) e raça (R) – cenário 2. A tabela 3c demonstrou que as chances de ser de raça não branca são 1,49 vezes maiores naquelas pessoas que sofreram violência institucional.

De raízes profundas, a violência racial se estruturou sobre um estigma que remonta ao período colonial, em que os escravos negros eram valorizados somente por sua força física, com desqualificação de seus hábitos, cultura e inteligência.³⁵ Com a miscigenação, a “desvalia” dos negros estendeu-se aos afrodescendentes.

Nos dias atuais, esse estigma permanece no imaginário social e cultural e adquire novas roupagens e funções numa ordem social que mantém os papéis instituídos no período escravagista.³³

Segundo dados do IBGE, pretos ou pardos têm, historicamente, menor escolaridade, menores oportunidades, estão 75% mais expostos a viver em domicílios com

condições precárias em relação aos brancos e têm menor renda.³²

Também a violência física, como não poderia deixar de se esperar, manifesta-se de forma diferencial e assombrosa na população negra. De cada 100 pessoas que sofrem homicídio no Brasil, 71 são negras.³⁶

Neste contexto, a violência institucional se soma a outras formas de sobreposição de violência contra negros. Similarmente à nossa pesquisa, outros estudos já evidenciavam como a violência institucional se manifesta preferencialmente contra não brancos.^{27,32,37}

Pretos (11,9%) e pardos (11,4%) referiram ter se sentido discriminados em serviços de saúde em maior proporção quando comparados à população branca (9,5%).²⁵ Mulheres não brancas tiveram menor acesso ao exame de Papanicolau mesmo tendo comparecido às consultas ginecológicas em frequência semelhante às mulheres brancas.³⁷

Podemos, pois, observar que a prática dos profissionais de saúde ainda nos dias atuais reproduz preconceitos e discriminações que impactam negativamente no cuidado em saúde de pessoas “não brancas”.

Considerações finais

A violência institucional é uma realidade em serviços de saúde de Betim.

O grupo de pessoas que mais sofre essa violência inclui uma parcela da população que historicamente lida com estigmas e preconceitos que se construíram ao longo da história do Brasil e persistem entremeados e sustentados nas relações e relacionamentos humanos, manifestando-se também no setor saúde.

Não há dúvidas de que o enfrentamento da violência institucional no setor saúde deve incluir maiores investimentos na estrutura das instituições e qualificação profissional.

Mas é preciso, ainda, romper os firmes alicerces dos abismos sociais e econômicos que sustentam a violência. Somente uma agenda governamental que contemple maiores investimentos em estudos sobre o tema e ações e programas de combate a todo e qualquer tipo de preconceito, com ênfase em uma educação de qualidade, inclusiva e laica, será capaz de iniciar um real enfrentamento deste grave problema de saúde pública.

Referências

1. DATASUS, 2020. Consulta eletrônica de informações de saúde: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Report on Violence and Health. Genebra: WHO, 2002.
3. MELO, E.M. Podemos prevenir a violência. Teorias e Práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on violence prevention 2014. WHO, 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

6. D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, C.S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, v.359, n.11, p.1681-5, 2002.
7. MINAYO, M.C.S. Violência e saúde [on line]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde Collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7.
8. AGRESTI, A. An introduction to categorical data analysis. A John Wiley e Sons Publications, 2007.
9. AGRESTI, A; FINLAY, B. Métodos estatísticos para as ciências sociais (on line); tradução: Lori Viali, 4. ed., Porto Alegre: Penso, 2012.
10. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Violência y Salud. Resolución nº XIX. Washington D.C.: OPAS; 1994.
11. GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saude Soc.*, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 72-61, Mar. 2008.
12. LETTIERE, A.; NAKANO, M.A.S.; RODRIGUES, D.T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde; *Rev. Esc Enferm USP*. 2008; 42 (3): 465-73.
13. DINIZ, N.M.F. et al. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiência de mulheres. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília (DF), mai/jun, 57(3): p.354-6. 2004.
14. LIMA, M.A.D.S. et. al. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)*, dez;30(4):625-32, 2009.
15. AGUIAR, J.M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010, 215f. Tese (doutorado). Universidade de São Paulo, Medicina Preventiva. São Paulo.
16. VILELLA, W.V. et al. Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.1, p.113-123, jan/mar,2011.
17. AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B., Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29 (11):2287-2296, nov, 2013.
18. SOUZA, A.S.; MEIRA, E.C.; MENEZES, M.R. Violência contra pessoas idosas promovida em instituição de saúde. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*. Londrina, v. 17 n. 2, p. 57-72, Jul./Dez. 2012.
19. VIEIRA, D.K.R.; FAVORETO, C.A.O. Narratives on health: reflections on care for people with disabilities and genetic disease within the Brazilian National Health System (SUS). *Interface - Comunic., Saude, Educ. Botucatu (S.P.)*, 20(56):89-98, jan/mar, 2016.
20. AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunic., Saude, Educ. Botucau (S.P.)* v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.
21. FLEURY, S.; BICUDO, V.; RANGEL, G. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 9(1):11-25, jan/abr. 2013.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
23. MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
24. MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
25. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de Saúde 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2015.
26. SOUZA, K.J.; RATTNER, D.; GUBERT, M.B. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, vol.51, Epub 20-Jul, 2017.

27. DOMINGUES, P.M.L. et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, Abr-Jun; 22(2): 285-92, 2013.
28. MARTINS, A.C.; BARROS, G.M. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Rev. Dor.* São Paulo, jul-set;17(3):215-8, 2016.
29. CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: *Perspectivas Antropológicas da Mulher*, v. 4. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1985.
30. ARENDT, H. Da violência. Tradução: Maria Claudia Drummond. Data Publicação Original: 1969. Data da Digitalização: 2004.
31. DINIZ, S.G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development.* São Paulo, 3)25): p.2015 ,376-377.
32. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de população e indicadores sociais. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira: Rio de Janeiro, 2016.
33. BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher - Plano Nacional. Diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília, 2003.
34. BANDEIRA, L.M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Ver. Soc. Estado.* Brasília, v.29, n.2 Mai/Ago, 2014.
35. JESUS, A.T.; SOUZA, E.N.; SANTOS; F.F. O preconceito e a discriminação racial. In: *IV FÓRUM IDENTIDADES E ALTERIDADES: EDUCAÇÃO E RELAÇÕES ETNICORRACIAIS.* Anais do IV Fórum Identidades e Alteridades. Itabaiana/SE. Universidade Federal de Sergipe, 2010.
36. CERQUEIRA et al. Atlas da Violência, 2017. IPEA e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Rio de Janeiro, 2017.
37. QUADROS C.A.T., VICTORA C.G, COSTA J.S.D. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev. Panam. Salud Publica.* Washington, 16(4): 223–32, outubro, 2004.

Capítulo 3

Seminário Nacional sobre as Políticas de Segregação em Hanseníase: história viva e reflexões

Inhana Olga Costa Souza
Cordovil Neves de Souza
Adriana Rocha de Paiva Moura Carvalho
Ana Carolina Freitas Fernandes da Gama
Darlene Mendes Cordeiro Teixeira
Juliana Antunes Vilarino
Lorena Cândida Michalick
Magno Nobumoto Hoshino

Marcelo de Mello Vieira
Maria das Dores Nunes Lopes e Sousa
Ana Maria Caldeira Oliveira
Ana Regina Coelho de Andrade
Elza Machado de Melo
Maria Mônica Freitas Ribeiro
Marcelo Grossi Araújo

Resumo

Este capítulo foi desenvolvido a partir de depoimentos de ex-internos e de filhos separados da hanseníase e da reflexão dos alunos, em seminário realizado na disciplina que aborda as instituições totais no mestrado profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. O objetivo principal foi discutir sob a ótica das instituições totais, na concepção de Erving Goffman, a realidade da política de segregação da hanseníase em colônias e preventórios a partir da história viva contada por pessoas que viveram essa realidade. Dar voz a essas trajetórias é uma forma de contribuir para que políticas públicas de segregação e exclusão não voltem a se repetir, na hanseníase ou em outras situações para as quais as soluções não estejam prontas.

Palavras-chaves: *Hanseníase, vulnerabilidade, segregação social, violências, violação aos direitos humanos, alienação parental.*

Introdução

A temática da hanseníase, desde o ano de 2016, tem sido pauta constante dos debates do Programa de Pós Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG), especificamente na disciplina coordenada pelos professores Elza Melo, Marcelo Grossi, Mônica Freitas e as professoras convidadas Ana Regina Coelho de Andrade e Ana Caldeira. Dessas discussões surgiu o grupo de pesquisa “Filhos da Hanseníase”, que, mais tarde, ampliou-se e passou a integrar o grupo das “Instituições Totais”. Desde sua formação o coletivo tem atuado em atividades com intuito de colaborar para as reflexões acerca do tema: organização e participações em seminários, rodas de conversas, exposição, palestras, além de defesas de dissertações e produções de artigos são alguns dos frutos desse grupo.

Instituição Total é um termo cunhado por Erving Goffman (2015,p11) ¹ para descrever “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Ao estudar os aspectos que englobam as instituições totais, a vida dos internados é um dos elementos que mais se destaca. É impossível conhecer tais sistemas sem se sensibilizar com as condições de vida das pessoas que são submetidas à institucionalização: a profunda perda da autonomia, da identidade, da privacidade e a distância física dos entes queridos estão entre as muitas consequências tristes desse sistema. De acordo com Goffman¹ por meio de atividades cujas consequências simbólicas são incompatíveis com a concepção do eu, as instituições totais perturbam ou profanam exatamente as ações que na sociedade civil tem o papel de atestar, ao ator e aos que estão em sua presença, que o indivíduo tem certa autonomia no seu mundo, que é uma pessoa com decisões “adultas” e com liberdade de ação. A impossibilidade de manter esse tipo de competência executiva adulta, ou, pelo menos, os seus símbolos, pode provocar no internado o horror de sentir-se radicalmente rebaixado no sistema de graduação de idade. É o que o autor denomina de mortificação do eu. Com essas mudanças em sua carreira moral, ainda que exista a possibilidade de retorno para a sociedade doméstica em que convivia, é possível que o sujeito não consiga mais inserir-se facilmente.

No primeiro semestre de 2020, o conteúdo programático da disciplina PSPV I, na qual o grupo Instituições Totais se organiza, estabeleceu apresentações de pequenos seminários acerca de diferentes instituições totais, incluindo aquelas originadas da política de isolamento compulsório da hanseníase: as colônias e os preventórios. Apesar da internação nesses estabelecimentos ter, oficialmente, sido encerradas há quase quatro décadas, ainda há uma história viva, que pode, inclusive, ser relatada pelos próprios personagens que viveram tal segregação.

As medidas sanitárias e de distanciamento social em vigor por causa da pandemia da Covid-19 alterou também a rotina acadêmica, com a suspensão de atividades presenciais e a ministração de aulas remotas para continuidade do semestre letivo.² Essa determinação fez com que as aulas da disciplina fossem ministradas por meio de aplicativos de videoconferência.

O uso de tecnologias digitais possibilitou que o seminário do tema hanseníase contasse com a participação de convidados de várias regiões brasileiras: egressos dos antigos hospitais colônias de Marituba (Pará), Antônio Aleixo (Manaus/AM), Santa Izabel (Betim/MG), Curupaiti (Rio de Janeiro/RJ); um filho de paciente de hanseníase que também foi segregado no Educandário Eunice Weaver (Belém/PA) e outro que, contrariando as leis vigentes, conviveu com os pais na Colônia Padre Damião (Ubá/MG), além de uma ex-funcionária da Coordenação Nacional da Hanseníase, do Ministério da Saúde (Brasília/DF).

A hanseníase é uma doença marcada por um estigma milenar e um conseqüente histórico de exclusão. No Brasil, a doença chegou por meio dos colonizadores portugueses e somente no início do século XX contou com a atenção do poder público, antes disso as pessoas com a doença dependiam, exclusivamente, da caridade pública. As iniciativas de controle da doença naquele século resultaram em uma política de internação compulsória que, ao longo de décadas, segregou os acometidos pela hanseníase, independente da forma da doença ou situação socioeconômica, e também seus filhos sadios. Para a efetivação dessa política foram construídas no país 33 hospitais-colônias para a internação dos pacientes, 102 dispensários, onde eram realizados os diagnósticos e 36 preventórios, que eram educandários exclusivos para a segregação dos filhos dos acometidos pela hanseníase.³

O encarceramento em colônias, respaldado pelo Direito e pela Medicina sob o argumento de internação para tratamento, refletia o pensamento preconceituoso e excludente da época, uma vez que, no início do período da internação compulsória eram desconhecidas as formas de transmissão e não havia um tratamento adequado. Entretanto, a segregação perdurou por mais de seis décadas, apesar dos registros de cura constatados a partir da década de 1950. Essas colônias eram instituições totais em que os internos eram privados de contato com o mundo exterior e eram regidos por leis internas, o que os impossibilitava de plena autonomia sobre seus atos. Nesse contexto, essa atuação do Estado representou uma clara violação dos direitos fundamentais das pessoas com hanseníase. A ilegalidade dessa segregação foi reconhecida pelo Estado brasileiro, que, por meio da Lei n. 11.520/2007 indenizou aqueles pacientes que passaram pelo isolamento compulsório.⁴ Embora essas pensões funcionem como um reconhecimento da injustiça que sofreram e permita que essas pessoas vivam com um pouco mais de dignidade, elas jamais conseguirão reparar os danos sofridos por essas pessoas.

Situação ainda mais grave foi aquela vivida pelos filhos desses pacientes, que foram retirados do convívio familiar e sequestrados em outras instituições totais, os preventórios. Nesses estabelecimentos, não foram garantidos a esses menores a proteção prometida pelas concepções higienistas da época, ao contrário, suas vidas foram marcadas pela violência em suas diversas faces: física, sexual, institucional, social e psicológica.⁵

A colocação de crianças e adolescentes em instituições totais naquela época era a tônica do antigo Direito do Menor, que entendia que a família era a principal culpada pela população infantojuvenil estar em perigo e que, por esta razão, o rompimento de vínculos familiares e a entrega à custódia do Estado seria a melhor forma de garantir o desenvolvimento desses internos.⁶ No caso dos filhos dos portadores da hanseníase, a atuação do Estado é duplamente cruel, uma vez que a impossibilidade dos pais de cuidarem dos filhos se dava pela internação compulsória desses pais, apesar da possibilidade, em certos casos, do tratamento ambulatorial, ou seja, o próprio Estado era o responsável por impedir o cuidado dos pais para com seus filhos, não assegurando a proteção e os direitos elementares desses menores.

Desde o início dos anos 1980 a hanseníase é tratada ambulatorialmente com os esquemas poliquimioterápicos (PQT), também chamado de multidrogaterapia (MDT). Araújo, (2005, p201) explica que nesse modelo de tratamento o cuidado com o paciente é multidisciplinar, o que permite “o estreitamento do vínculo do paciente com o serviço, melhorando os níveis de adesão ao tratamento e possibilitando diagnósticos precoces e intervenções nos estados reacionais, e o trabalho contínuo na prevenção de incapacidades físicas”.⁷ O sucesso da PQT, no que diz respeito à cura da infecção, extinguiu, finalmente, as internações compulsórias e, conseqüentemente, os dispensários para o diagnóstico e tratamento da hanseníase.

Os relatos da segregação

Durante o seminário, os convidados contaram suas histórias abordando diversos aspectos acerca de suas relações com o local em que viveram segregados, além de responder às questões levantadas pelos participantes.

Um momento marcante para os egressos das colônias é o momento de sua internação. É comum que, apesar da longa passagem dos anos, a pessoa que foi institucionalizada nesses estabelecimentos preserve detalhes da memória de sua chegada, suas primeiras impressões. Não raramente têm decorados a data e o número de sua ficha de internação.⁸

Uma das convidadas relatou que, depois de passar por curandeiros e alguns

médicos, recebeu o diagnóstico aos sete anos de idade, e que logo em seguida foi providenciada sua internação. Baialardi (2007)⁹ explica que “a exclusão, o medo, o preconceito e a discriminação se encontram enraizados na construção social da hanseníase”, fato que tornou a longa viagem, de mais de 520km, daquela menina marcada pelo primeiro contato com o estigma da doença que carregara.

Meu pai teve que providenciar a vinda. arrumar a canoa, colocou umas tapa. vim a reboque. Teve que comprar corda para amarrar a canoa na balsa. Eu não podia ir dentro da balsa. 30 horas de barco. Assim eu vim. Jogada alimentos pela corda, café na latinha. Assim foi o almoço, o jantar, assim foi. Aquele barco alto. as pessoas ficavam olhando aquela criança. Se acontecesse uma tempestade, alguma coisa, eu ia ficar, pois ninguém ia dá uma definição (uma ajuda). Sobrevivi esses quatro dias de viagem e chegando no porto de Manaus, as freiras já estavam me esperando para levar para a colônia....

A pouca idade no momento da internação também foi apontada pelos convidados como um fator que dificultou a adaptação ao isolamento:

[A segregação] me machucou muito, pois era criança, e entrei em contato com pessoas totalmente estranha.

Quem se internou em uma colônia, na época da lei compulsória era muito difícil, principalmente para as crianças.

Entretanto, o estranhamento e o sofrimento causado pela chegada à instituição não foi uma característica particular dos menores.

Eu fui internado com 19 anos de idade, estou aqui em [...] há 55 anos. Minha internação foi traumatizante. Cheguei por volta das 10h e depois me levaram para o refeitório e fiquei assustado (...) Eu não consegui almoçar, por causa do enjoo. Passei o dia todo com um sanduíche de mortadela, fiquei conversando... Minha ficha só foi cair às dez da noite, quando a sirene tocou e um companheiro falou que ‘temos que dormir’. Aí é que eu chorei, chorei muito, copiosamente...

Quando cheguei aqui senti em outro mundo. Eu tinha uma vida agitada lá fora.

Em quase todos os casos, a segregação nas colônias representava também a ruptura com a família, uma vez que, após a internação, era raro ou mesmo inexistente o contato com os familiares.⁸ Essa separação era obrigatória independentemente da idade do paciente. Outro participante, ao falar sobre a sua chegada na colônia acompanhado pelos pais, destacou a despedida dos genitores:

Fomos a pé de um trecho bem longo e ao chegar tinha uma corrente bem grossa, tinha um guarda, uma guarita e ele foi com a gente

até o pavilhão que a Irmã estava, já era tardinha e fiquei lá e despedi de meu pai e de minha mãe e logicamente abrir o bocão e comecei a chorar (...). Foi no dia 20 de fevereiro de 1976, provavelmente em uma sexta feira.

Chama a atenção nesse depoimento a data da internação, dado que já na década de 1950, por meio das sulfonas, havia a possibilidade de controle ambulatorial da hanseníase⁷ e que no segundo parágrafo do decreto nº 968, de 7 de maio de 1962, em vigor há quatorze anos antes da data do isolamento do paciente, havia sido determinado que “no combate à endemia leprótica será, sempre que possível, evitada a aplicação de medidas que impliquem na quebra da unidade familiar, no desajustamento ocupacional e na criação de outros problemas sociais”.¹⁰ Cabe ainda ressaltar que também no ano de 1976, entrava em vigor a Portaria Ministerial nº 165 que, entre outros assuntos, extinguiu o uso do termo lepra e seus derivados e determinava que o tratamento da hanseníase, independentemente da forma clínica da doença, deveria ser realizado em regime ambulatorial, nas unidades de saúde, ambulatórios de entidades previdenciárias, universitárias ou clínicas particulares.¹¹

As características típicas das instituições totais, descritas por Goffman, também foram apontadas pelos entrevistados: rotina pré-estabelecida, exploração da mão de obra, repressões, raros contatos com o mundo exterior, falta de privacidade e perda da subjetividade.¹

Na colônia tinha toda aquelas regras...

Era uma rotina de uma instituição total mesmo. Você tinha horário para tudo. Pra acordar, pra arrumar a cama, pra fazer faxina, pra ir na missa, pra estudar, pra poder ir trabalhar...

Havia uma disciplina muito rigorosa. O menino que desobedecesse, tínhamos um quartinho lá bem escuro chamado manicômio, ia para o manicômio. Colocava ele no manicômio, a gente ficava umas três horas lá dentro.

O Pavilhão tinha suas regras: chegava 10h tinha que dormir mesmo. Havia uma sirene, chamada sirene dos horrores. Ela ficava acima da cabine dos guardas e às 6h da manhã eles tocavam a sirene para nos acordar, 11h para o almoço e tocava às 5h da tarde para o jantar e 10h da noite para gente ir dormir. A gente não tinha uma vida livre não. Se você arrumava uma namoradinha lá, ficava três guardas te vigiando.

Uma das características que retrata o processo de mortificação do eu é o processo padronizado de admissão ou fichamento, em alguns estabelecimentos, o indivíduo passa a ser conhecido por seu número, em outros, pode ser obrigado a trocar seu nome.¹ Em algumas colônias, embora não fosse uma orientação prevista na legislação, era sugerida ao interno a mudança de seu nome em sua ficha de admissão, sob o argumento de que isso preservaria sua família do estigma da doença ou que, se algum dia o interno conseguisse deixar a instituição, seria mais fácil sua reintegração na sociedade.⁵

Tudo era identificado. Caneco de alumínio com a ficha de cada um menino. Nós todos sabíamos a ficha de um e do outro.

Eu tive três nomes. Como você era considerado um prisioneiro, o seu nome estaria sujo. Quando chegasse aos dezoito anos você deveria trocar de nome (...). Precisei entrar na Justiça depois que saí da colônia para normalizar minha situação.

Em uma instituição total a relação com o trabalho é diferente com a do mundo exterior, uma vez que nela o labor não representa a busca do sustento próprio ou dos seus, pois todas as necessidades básicas do sujeito já são asseguradas, desse modo, é comum que o sujeito tenha tendência a se sentir desmoralizado pelo sistema imposto na instituição. Geralmente a motivação para o trabalho está vinculada a pequenas premiações ou ao receio das punições .¹

Nas colônias a relação com o trabalho foi diferente daquela descrita nas demais instituições totais. O estigma da hanseníase dificultou a contratação de profissionais externos para atuarem nesses estabelecimentos, desse modo, os próprios internos realizavam as atividades de manutenção das colônias, executando, inclusive, atividades que caberiam à equipe dirigente, como a responsabilidade pela educação, segurança, gerenciamento de setores até mesmo controle político .⁵

Na colônia todas as atividades internas eram feitas pelos próprios pacientes. Acredito que em todas as colônias do Brasil era assim. As pessoas se recusavam a trabalhar dentro dos leprosários, até porque os próprios médicos incutiram nas cabeças das pessoas que o perigo era muito grande, que a doença era extremamente contagiosa e que pegava até no vento. Então as pessoas se recusavam a trabalhar na parte interna. Então o que acontecia, nós tínhamos que fazer o serviço. Recebíamos uma gratificação? Sim. Uma gratificação muito pequena.

Aos treze anos já estava em uma sala de parto, me colocaram para mim ajudar e aos 14 já estava fazendo parto. Fazendo parto e entregando e eles colocavam na Rural para levar para adoção ou para levar para o preventório.

O que eu encontrei aqui dentro: uma cidade, uma cidade estranha comandada pelos internos. Havia um prefeito, um delegado. Vários que mandavam na gente. Esses internos eram imbuídos desse poder pela administração. A administração era omissa e delegava todo poder a esses internos prefeitos, delegados. A gente quase não via esse pessoal da direção.

Fiquei responsável pela horta. Plantava de tudo que era para nossa alimentação. Algumas coisas eu vendia também. Saía na rua para vender. O dinheiro era entregue para a irmã. (...) Comecei a trabalhar aos 12, quando eu cheguei, mas comecei a ganhar um salário foi aos 15 anos (...). Era os internos que trabalhavam, que faziam todo o serviço da colônia. A colônia tinha o delegado, o intendente, que era o prefeito, tinha a guarda interna, Todo o serviço era prestado por esse pessoal.

Foi o trabalho do interno que garantiu o funcionamento das colônias durante o período do isolamento compulsório. Em Minas Gerais, na década de 1980, período da abertura formal das colônias, os internos que ainda prestavam serviços para a instituição se organizaram nas associações sindicais. Entre outras reivindicações, buscavam equiparação salarial com os servidores externos e a formalização de seus contratos de trabalho. Tornaram-se, então, servidores – bolsistas de laborterapia – da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), entidade responsável pelo gerenciamento das colônias do estado, benefício estendido, inclusive, para os colaboradores que já não mais conseguiam trabalhar .⁵

A temática dos filhos dos pacientes que foram separados de seus genitores e encaminhados para os preventórios também foi um dos assuntos abordados no seminário. Um dos convidados é uma das lideranças de um movimento nacional, organizado pelo Movimento de Reintegração das pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), que reivindica que o Estado brasileiro reconheça as violações dos direitos cometidas contra essas pessoas que, assim como seus pais, foram segregadas do convívio social e submetidas a inúmeras atrocidades nas instituições preventórias em que foram encarcerados.

Nesses estabelecimentos os menores também tinham toda a sua rotina preestabelecida por terceiros com o agravante de que quaisquer desvios, por menores que fossem, eram duramente reprimidos por meio de agressões físicas e exposições vexatórias. A exploração da mão de obra infanto-juvenil era constante e não havia nenhum tipo de remuneração ou gratificação. Outras negligências como escassez de alimento e até mesmo abusos sexuais também foram realidade no cárcere desses menores .⁵

Acordava-o às 5h da manhã e mergulha com ‘camburão’ de cabeça para baixo várias vezes ao dia.

Cabe ainda destacar que os internos dos preventórios, que mais tarde passaram a ser chamados de educandários, foram vítimas de uma alienação parental imposta pelo próprio Estado que, propositalmente, dificultava a possibilidade de encontro com os pais, a fim de que as relações afetivas pelos genitores não fossem desenvolvidas pelas crianças. Entretanto, no processo de encerramento das atividades desses estabelecimentos os menores foram entregues aos responsáveis sem nenhuma preparação prévia para o encontro.

Em 1980 a instituição ligou para minha mãe avisando que iria levar os filhos (...). Nessa data as crianças foram entregues para a mãe/pai de uma hora para outra. Levou compulsório e entregou compulsório. Sem aviso prévio, sem preparo, sem apoio. (...) Fui saber que tinha irmãos quando eles entraram no carro para sermos levados para a casa de minha mãe. Descobrir ali. Oito anos dentro da instituição convivendo com eles e não sabia que eram meus irmãos.

Os danos causados pela institucionalização dessas crianças e adolescentes comprometeram a qualidade de vida dessas pessoas quando adultas, seja pelos traumas decorrentes das violências a que foram submetidos ou pela falta da educação formal e profissionalização. Além disso, apesar de não acometidos pela doença, os filhos carregavam o estigma dos pais e, conseqüentemente, eram vítimas de constantes discriminações que dificultavam, ainda mais, o convívio social.⁵

Além de não ter sido criado pelos pais, sofremos discriminação depois disso tudo. Sem apoio muitos de nós foram para a droga, alcoolismo, tivemos sequelas; muitos analfabetos e com problemas psicossociais (...) Eu consegui fazer o ensino médio, mas meus irmãos não. Ao chegar à escola a gente sofria discriminação, hoje chamado de bullying, - 'Deixa o E. lá para trás, porque ele é filho de leproso. Ele mora na colônia dos leprosos. Ele vai passar a doença para nós. Sai fora dele' - A gente não tinha amigos, ficamos isolados na escola.

Superar e escrever novos capítulos à história

Ao se deparar com as histórias do isolamento compulsório da hanseníase é comum que as memórias de sofrimento sejam as mais destacadas, porém Adichie chama a atenção para os riscos da história única, ou seja, aquela imagem construída como oficial de um povo, de um lugar. Para ela, a história única cria estereótipos e esses, são incompletos e podem roubar a dignidade das pessoas.¹²

As histórias importam. Muitas histórias importam. As histórias foram usadas para espolar e caluniar, mas também podem ser usadas para empoderar e humanizar. Elas podem despedaçar a dignidade de um povo, mas também podem reparar essa dignidade despedaçada. (Adichie,2019,p.32)

Quando as pessoas que foram segregadas pelo isolamento compulsório da hanseníase apresentam sua história de vida, reportam o sofrimento ao qual foram submetidos, seja pela segregação, pelos danos próprios da enfermidade e, especialmente, pelo preconceito. Entretanto, ressaltam o processo de superação, as coisas positivas que conseguiram identificar, como conseguiram vencer esses obstáculos.¹³

Nesse aspecto, um elemento relevante no depoimento dos convidados é a relação afetiva estabelecida com seus pares:

Aprendiam a ter solidariedade um do outro, nós tínhamos cuidado uns com os outros (...). Isso fazia com que a gente, apesar das brigas de crianças, fazia com que a gente fosse unidos e dividíssemos as coisas. Era uma lição que a gente recebia.

A luta foi muito grande, nós não tinha acompanhamento de

psicólogos, nada disso. Sobrevivi graça a ajuda dos meus colegas internos, que me ensinaram muita coisa, você pode não acreditar.

A lição que ficou para gente é que o isolamento, apesar... fazíamos que nós aproximasse dos nossos companheiros e que fossem muitos solidários uns com os outros. Tenho lembranças boas da época do internamento (...) Daquela época era tão bom, que até hoje sinto saudade daquele tempo, da camaradagem, a solidariedade, o amor que existiam entre nós...

Nas colônias, além do ato de trabalhar, as atividades de lazer e cultura e esporte foram importantes para a adaptação do internado.

O que me salvou aqui dentro foi a música. Eu era músico no colégio, cheguei e me enturmei com o pessoal da música. Modéstia parte eu revolucionei isso aqui. Em 1969 promovi o primeiro festival de música popular de [...]. Foi um sucesso enorme e a partir daí promovemos 21 festivais.

Aqui tinha os times de futebol, o cinema... eu participei de tudo isso. De 1965 até hoje nunca aconteceu um evento que eu não estivesse presente ou envolvido.

Ao contrário do que ocorre na maioria das instituições totais, existe, nas colônias, por parte de muitos dos antigos internos, um sentimento de pertencimento. Apesar de aquele ambiente representar o período de seu encarceramento, várias pessoas optaram por permanecer vivendo na comunidade ali formada quando foi findado o isolamento compulsório.⁸ Uma das convidadas relatou, inclusive, o movimento organizado pelos internos contra a desativação da colônia e pela manutenção dos atendimentos aos egressos que permaneceram na comunidade:

Em 1971 a Colônia [...] desativou e lá estava um grupo cuidando dos piores. Quando desativou foi cortado tudo das pessoas, os atendimentos hospitalares, os curativos pararam de ser feitos. Não tinha gazes para fazer um curativo. Nós nos organizamos e fomos à luta. Fomos ao secretário de saúde para assumir essas pessoas, muitos foram para as ruas pedir esmolas. A luta contra a desativação da colônia foi muito dura. A mobilização começou em 1979 contra a desativação, foi o primeiro hospital colônia a ser desativado no país. Essa colônia, essa luta, serviu de exemplo para as outras colônias no país, para que tivesse todos esses cuidados na desativação. Aqui sofremos, nesse processo de desativação, muito, até começar a melhorar (...) Tivemos que ir para o embate para melhorar saúde, educação, segurança. Tivemos embate com o estado para atender todos esses setores.

Foi nesse contexto que, em 1981, foi fundado o Movimento de Reintegração das Pessoas Acometidas pela Hanseníase (MORHAN). Um movimento social organizado

pelos próprios pacientes, sob o ponto de vista do excluído que busca sua emancipação. E, de fato, a organização em torno da entidade foi um importante instrumento para auxiliar na reintegração dos ex-internos na sociedade, tendo em vista que foi nesse período que ocorreu a abertura das colônias, e também para organizar as pautas de reivindicação das comunidades que se estabeleceram nas colônias e em seus arredores.⁵ Uma convidada destacou a relevância da participação do movimento em seu reconhecimento enquanto cidadã:

Mas a experiência de vida que nos ajudou muito, que nos encorajou foi o movimento, quanto surgiu o Morhan, quando foi surgindo todos os núcleos. A coragem de falar, o apoio para falar. Na colônia a gente só podia falar amém, ninguém podia falar que era castigado. A partir dos anos 80 surgiu esse movimento nos para sentirmos seguros para levantar nossa voz. A participação no movimento nos formou cidadãos. Cidadão digno para que fizessemos parte dessa sociedade. Resgatando nossos direitos na sociedade, sociedade que nos fez vítima também.

Em 2021, o Morhan completa quatro décadas e permanece organizado com núcleos em diversas cidades, coordenações estaduais e nacional. A luta pelo atendimento das demandas dos egressos do período da internação compulsória segue em sua pauta, bem como a luta pela erradicação da doença, o fortalecimento dos programas de controle da hanseníase, a busca do reconhecimento por parte do Estado do equívoco cometido pelo encarceramento dos filhos dos pacientes de hanseníase nas instituições preventórias, a preservação da memória da história da hanseníase e várias outras.

Ouvidos atentos

O histórico de segregação da política de isolamento compulsório da hanseníase é ainda, para muitos, desconhecido. É comum que os lugares de isolamento, como as colônias e preventórios, sejam também espaços de esquecimento, de silenciamento histórico. A partilha das trajetórias dos egressos são frutos do processo de superação do próprio silêncio e permite desfrutar de novas expectativas de futuro.¹⁴ Foi no seminário que alguns participantes ouviram, pela primeira vez, as narrativas de pessoas que passaram por essas instituições, como relatado a seguir:

Pessoalmente, foi uma oportunidade de conhecer essa realidade mais profundamente. Até aquele momento eu não tinha ciência de como havia sido tratado pelos órgãos públicos uma questão de saúde pública tão relevante. Foi possível perceber como os acometidos pela doença tornaram-se vítimas de ações violentas e negligentes que promoveram a exclusão, o afastamento do convívio social e familiar, a privação de direitos básicos e forte estigma que rompiam com a dignidade da pessoa humana e as perspectivas de cura e de futuro daqueles pacientes.

O seminário foi de extrema importância ao descortinar a invisibilidade dessa questão social importante, e para ampliar a divulgação desse período histórico tão conturbado, com graves violações contra aqueles pacientes e seus familiares. De modo que, através do conhecimento consciente, possamos construir alternativas de ressarcimento às vítimas, tanto no âmbito jurídico quanto social. Ademais, somente a partir da compreensão do passado histórico de nossa sociedade, podemos construir condições de vida verdadeiramente livres e justas.

Nos relatos dos históricos de segregação pôde-se observar a nítida presença dos constituintes descritos na literatura acerca das instituições totais. Além das inúmeras questões acarretadas pela própria institucionalização em si, se faz necessário reforçar as complexidades da segregação em virtude da hanseníase, tendo em vista o estigma social que ronda a doença.

O Seminário proporcionou a mim uma espécie de “materialização” das ideias que pairavam no meu imaginário acerca dos sentimentos dos internos de instituições totais. Além dos depoimentos riquíssimos em detalhes e conteúdos; os olhares; vozes ora embargadas, outras precisas; gestos e demais detalhes, também foram especialmente importantes em demonstrar a luta, força e superação desses indivíduos e me proporcionaram uma experiência rica, humanizadora e seguramente transformadora.

Foi uma experiência ímpar para os participantes, por terem a oportunidade de ver, ouvir, sentir e observar sob uma ótica mais profunda acerca desses sistemas, graças ao privilégio de obter os relatos partindo de quem melhor pode descrever a institucionalização, os internos.

Os participantes foram unânimes ao destacar a perplexidade diante das narrativas dos convidados, mas também destacaram a admiração pela capacidade de superação.

Ali naquele seminário a alma humana sangra a cada depoimento de situações desumanas vividas, o corpo treme a cada palavra proferida, o coração geme, mas a esperança supera...

O sentimento despertado pelos depoimentos foi de impotência em relação à organização da época, de como essas políticas públicas higienistas com padrão autoritário apresentaram ações de controles nos corpos dessas pessoas, em nome da saúde coletiva que reforçaram o estigma e preconceito que afetaram e ainda afetam esses pacientes, seus filhos, parentes e todos que tinham contato produzindo consequências indelévels.

Considerações finais

A hanseníase é uma doença curável, com tratamento ambulatorial e gratuito, disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O tratamento por meio da

poliquimioterapia (PQT) resultou, ao longo das últimas décadas, em uma considerável queda da prevalência da doença, entretanto, não surtiu efeito para a queda da incidência.⁷ Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública é considerada a partir do registro de prevalência abaixo de 1 caso por 10.000 habitantes. Globalmente essa meta foi alcançada no ano de 2000, entretanto, o Brasil ainda não a alcançou.¹⁵ O país ocupa, mundialmente, a segunda posição na detecção de casos novos e detém 92% do total de casos dos países das Américas.¹⁶ Além disso, em 39,3% dos diagnósticos realizados no ano de 2019 foram detectadas incapacidades físicas em grau I ou II.¹⁷ Tais incapacidades podem comprometer a qualidade de vida do paciente e, além disso, indicam que os diagnósticos estão sendo realizados tardiamente.

A erradicação da hanseníase passa pela melhoria da qualidade de vida das populações, priorização e fortalecimento dos programas de controle e pelo combate ao estigma milenar que acompanha a história da doença. A partilha das histórias das pessoas submetidas à internação compulsória é fundamental para a preservação da memória de exclusão a que o Estado brasileiro submeteu milhares de seus filhos e filhas; dar voz a essas trajetórias é uma forma de contribuir para que políticas públicas de segregação e exclusão não voltem a se repetir, na hanseníase ou em outras situações para as quais as soluções não estejam prontas. Nenhuma política pública terá sucesso se não contar com o respaldo da sociedade. Educar e sensibilizar as pessoas para que tenham uma visão crítica dos problemas e entendam que problemas complexos não são passíveis de soluções simples é uma maneira de proteger a própria sociedade.

Referências

1. GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 9.ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A. 320 p, 2015.
2. RONDINI, C. A.; PEDRO, K. M.; DUARTE, C. S. Pandemia do COVID-19 e o ensino remoto emergencial: mudanças na práxis docente. **Interfaces Científicas - Educação**, v. 10, n. 1, p. 41-57, 6 set. 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/educacao/article/view/9085>. Acesso em: 01jan2021.
3. SAVASSI, L. C. M.; MORAIS, G. F.; FLORES, T. P. S.; SOUZA, I. O. C.; & MENDES, S. U. R. **Abordagem da hanseníase na atenção primária à saúde**. In AUGUSTO, D. K. & UMPIERRE, R. N. (Org.) Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. PROMEF Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade: ciclo 14. (3, 117-182). Porto Alegre: Artmed Panamericana. 2019.
4. BRASIL, **Lei n. 11.520, de 18 de setembro de 2007**. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Diário Oficial da União. 19 set 2007, p.1
5. SOUZA, I. O. C. **Sequestro, Cárcere, Alienação e Violência: A vida dos filhos de pacientes de hanseníase segregados nos preventórios brasileiros**. Belo Horizonte. 2019. 266 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019.
6. Brasil. **Decreto 17.973-A de 12 de outubro de 1927**. Rio de Janeiro.: Presidência da República, 1927. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm. Acesso em 10jan2021.

7. ARAUJO, M. G. 1925 – 2005 Evolução e estado atual da quimioterapia da hanseníase. **A. Bras. Dermatol.** , Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, pág. 199-202, abril de 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04jan2021.
8. AQUINO, D. et al. Divisor de águas: a marca da internação compulsória na vida de sujeitos acometidos pela hanseníase. **Rev Med Minas Gerais** 2016; 26 (Supl 8): S141-S145. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2138>. Acesso em 06jan2020.
9. BAIARDI, K.S. O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen Int.** 2007;32(1): 27-36. Disponível em: <<http://hi.ils.br/imageBank/301-862-1-PB.pdf> > Acesso em 06jan2020.
10. BRASIL, **Decreto do Conselho de Ministros n. 968, de 7 de maio de 1962.** Baixa Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País, e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 9 – 1mai5113 ;1962.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial n.º 165 de 14 de maio de 1976.** Dispõe sobre a Política de Controle da Hanseníase.
12. ADICHIE, C. N. **O perigo de uma história única.** Tradução: Julia Romeu. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019
13. CARVALHO, K. Tempo de lembrar: as memórias dos portadores de lepra sobre o isolamento compulsório. **Revista Aedos.** 2009; 238-255. Disponível em < <https://seer.ufrgs.br/aedos/article/view/10592/6241>>. Acesso 07jan2020.
14. BEZERRA, D. B; SERRES, J. C. P. Memorial José Avelino: Um lugar de memória para iluminar memórias invisíveis. **Campos** 16(1):118-143, 2015. Disponível em < <https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/45520>>. Acesso em 07jan2020.
15. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia Global para a Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase.** Nova Deli: OMS, 2016.
16. CRUZ, Alice. **Declaração de final da visita oficial ao Brasil.** Relatora Especial das Nações Unidas para a Eliminação da Discriminação. United Nations, 2019.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Segregação e orfandade: o ônus do isolamento compulsório na hanseníase

Cordovil Neves de Souza
Elza Machado de Melo
Getúlio Ferreira de Morais
Guilhermina Frade Pereira de Souza
Inhana Olga Costa Souza
Manoel Nascimento Nunes Neto

Marcelo Grossi Araújo
Paulo Fernando Carneiro Leão
Silvio Salvador Cotta
Tiago Sávio Moreira Possas
Vilma dos Reis Nascimento

Resumo

A proposta deste trabalho é dar visibilidade à questão dos filhos de pacientes de hanseníase que, à semelhança dos seus pais, foram internados compulsoriamente. A partir da década de 1920 o governo construiu colônias em todos os estados brasileiros destinadas aos portadores da doença. Na década seguinte essa política de segregação atingiu também os filhos dos doentes, que foram enviados para os preventórios. As duas formas de reclusão se enquadravam perfeitamente no modelo de instituição total. As violências sofridas pelos internos dos preventórios deixaram marcas profundas, psicológicas e sociais. Hoje, é evidente que essa política de Estado foi uma grande violação aos direitos humanos de crianças e adolescentes. Mostrar as várias faces dessa tragédia social é uma forma de impedir que a história se repita.

Palavras-chaves: Vulnerabilidade, segregação social, violências, violação aos direitos humanos, hanseníase,

Onde está a criança que eu fui?

Está dentro de mim ou se foi?

Pablo Neruda

O Estado está presente para reprimir,
mas é falho onde precisa cuidar.

Elza Melo, médica

Instituição total: um perverso modelo de reclusão

Segundo Goffman¹, algumas instituições de nossa sociedade são muito mais fechadas do que outras. Elas formam uma barreira na relação social dos internos com a sociedade. Essa proibição para circular no mundo externo se constitui de elementos físicos, como portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, floresta ou pântanos. São as chamadas instituições totais. Nelas, as ações cotidianas – dormir, trabalhar, lazer e outras- acontecem num mesmo local, sob um único comando.

Ainda segundo Goffman¹, as instituições totais podem ser classificadas em cinco grupos. O primeiro grupo são as instituições criadas para pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas, velhos, indigentes, órfãos. O segundo para pessoas que são consideradas uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional – sanatórios para pessoas com tuberculose, hanseníase e doenças mentais; o terceiro para proteger a comunidade contra perigos intencionais, como penitenciárias e campos de concentrações; o quarto grupo são instituições criadas para exercer trabalho, como quartéis, escolas internas. Por fim, o quinto grupo são as instituições religiosas, por exemplo, abadias, mosteiros, conventos.

Nessas instituições, as atividades são rigorosamente estabelecidas em horários, pois cada uma leva, após um tempo predeterminado, à seguinte e toda sequência de atividades é imposta por um sistema de regras explícitas e por um grupo de funcionários. O tempo é usado como instrumento de controle do corpo e das ações. As antigas colônias de hanseníase e as instituições para onde eram mandados os filhos dos doentes - os preventórios - se enquadram no conceito de instituição total. A diferença é apenas o fato de que os internos dos preventórios eram crianças, com a sua identidade sociocultural em formação.

A doença como metáfora

A simples menção da palavra lepra evoca, além de uma doença, uma série de coisas que se associam ao medo mais profundo: corrupção, decadência, feiura, sujeira, fraqueza, maldade, nojo e outros. Segundo Sontag², a doença torna-se uma metáfora, passa a adjetivar; em seu nome é imposto um horror às coisas. Alguns textos bíblicos, onde

a palavra lepra é citada claramente como metáfora, reforçam o estigma e o preconceito, devido a interpretações equivocadas. No Levítico, capítulos 13 e 14³, afirma-se que a ‘lepra’ humana, das vestes e das casas são curáveis ou removíveis.

A literatura e a mídia reforçam o estigma e o preconceito ao longo dos séculos, são inúmeros os exemplos e situações. O estigma, um produto da cultura e da crença, retarda o acesso à assistência, a avaliação dos contatos e a cura. Além disso, perpetua e amplifica a doença. Apenas o fato de terem tido hanseníase, condena milhares de pessoas a preconceitos, discriminações e suas consequências, situações sem possibilidade de cura, reforçando o estigma e a exclusão. Portanto, não basta sarar o corpo, é preciso haver também a cura social e cultural desse preconceito associado à hanseníase.

No século XVII, o padre Antônio Vieira⁴, no Sermão da Segunda Domingo do Advento, esclarece:

“Diz o evangelista São Marcos que veio Cristo, Senhor nosso, comer à casa de Simão Leproso. Chama-se assim este homem porque fora leproso antigamente, e o mesmo Senhor o sarara. Não sei se reparais na dúvida. Se este homem ainda tivera lepra, que lhe chamassem leproso, muito justo; mas se ele estava são, por que lhe hão de chamar de leproso?”⁴

Mais esclarecedor ainda é um diálogo do conto “O sonho de uma terra estranha”, do escritor britânico Graham Greene⁵ “... A lepra é uma palavra, não é uma doença. Nunca acreditarão que a lepra pode ser curada. As palavras não se curam...” Greene, sabiamente, descolou a palavra da doença. Considera-se que tal constatação é um grande passo para superar o estigma. Hoje, no Brasil e em alguns outros países, a doença é denominada hanseníase ou doença de Hansen. A mudança do nome é uma maneira de afastá-la, de depurá-la, dessa adjetivação infame.

Francisco Augusto Vieira Nunes, o Bacurau⁶, fundador do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), justifica de forma incisiva a mudança da terminologia: “Quando se diz ‘fulano é leproso’, está se atribuindo a ele um estado permanente – ele é; não se compara com ‘fulano está com hanseníase’, a quem se atribui um estado passageiro – ele está”. Para Bacurau, ao contrair a doença as pessoas ‘contraíam’ uma nova identidade, muito pior que a doença em si, pois essa alteração de identidade não tem cura.

No Brasil, o hansenólogo Abrahão Rotberg⁷ foi um dos responsáveis pela mudança do nome da doença. Ele argumenta em uma de suas publicações:

“De acordo com noções elementares de psicologia de massa e imitando todos os demais campos da atividade humana, a primeira medida é instituir terminologia sadia

e positiva, eliminando o pejorativo ‘lepra’ que extensos inquiridos no Brasil, Argentina e Estados Unidos provaram ser desintegrador da personalidade do paciente, rótulo que penetra na mente infantil com precedência linguística, bloqueando qualquer esforço educativo futuro, trauma e sofrimento psíquicos continuados e o mais negativo dos termos médicos, impedindo a reabilitação social do doente”.⁷

Fora dos muros da cidade

De acordo com Foucault⁸, houve dois grandes modelos de organização médica no Ocidente: “o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste”. Na Idade Média, o ‘leproso’ era expulso do espaço comum. Nas palavras de Foucault: “exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra à lepra dos outros”. Era preciso purificar o espaço urbano.

Dois séculos depois do início da colonização portuguesa, dom João V construiu alguns lazaretos no Brasil, já no modelo das instituições totais. Em 1904, com a primeira grande reforma sanitária coordenada por Oswaldo Cruz, a doença passou a ter notificação compulsória. No entanto, eram extremamente frágeis as argumentações do sanitarista a respeito dessa iniciativa, conforme artigo citado por Gomide ⁹:

“(…) O que é positivo é que a moléstia se transmite. O como, não sabemos. Mas, o leproso é, ao menos, um dos depósitos do vírus. Isto está provado. Daí, a necessidade de isolá-lo da comunidade.”

Na década de 1920 o isolamento compulsório dos pacientes começa a ser efetivado, e nas duas décadas seguintes são instaladas colônias na maioria dos estados brasileiros. Com o objetivo de isolar o doente – sob o ponto de vista geográfico, histórico e social - as colônias foram construídas em pontos geograficamente inacessíveis e contavam com infraestrutura adequada.

A Instituição foi ainda uma forma racional e prática de fazer o doente produzir e gerar sua autossuficiência por meio do trabalho dos internos, contribuindo com o custo da sua subsistência e na assistência aos iguais. Tinha por objetivo ainda fazer com que os moradores não necessitassem de contato com o mundo exterior.

Eram pequenas cidades dotadas de saneamento básico, geração própria de energia elétrica, espaços para a prática de esportes, cine-teatro, segurança própria, prefeitura, cooperativas, olaria, serralheria e outros. A maioria dos internos vivia em pavilhões específicos para jovens e adultos, separados por sexo.

Apesar de um aparente conforto físico, as consequências psicológicas desse isolamento compulsório foram graves. O doente tinha sua história pessoal apagada devido ao brusco rompimento com seus familiares, amigos e a comunidade a que pertencia. Duas novas palavras se incorporaram a sua vida: estigma e preconceito. Seu mundo agora era outro, composto de regras severas, que controlavam direta ou indiretamente sua existência.

Vale registrar o papel da imprensa – especialmente a paulista - no sentido de legitimar o internamento compulsório. Gorgulho¹⁰, em seu livro “À margem das páginas”,

analisa com precisão o tema. Segundo ele, a imprensa paulista era muito próxima do serviço de profilaxia oficial, que recebia uma cobertura favorável dos jornais paulistas. Para ilustrar, Gorgulho cita a tese da historiadora Yara Nogueira Monteiro:

“O doente, de forma geral, era reportado ou como alguém digno de compaixão, quando estava dentro dos muros das instituições asilares, ou como um ser malévolo e perigoso, caso estivesse solto ou intentasse fugir [...]. O pânico contribuía para vender jornais e garantir o endosso da população às medidas de arbítrio”.

A política de segregação provocou a desestruturação dos familiares dos diagnosticados com a doença, que se viam muitas vezes sem condições de continuar residindo na mesma região. As crianças - agora sem a proteção dos pais - também se tornavam vítimas da política de segregação ao serem encaminhadas para os preventórios, sob os cuidados do Departamento de Profilaxia da Lepra e da Assistência Social, órgão vinculado ao Estado. Monteiro¹¹ registra que a internação de um dos pais acarretava a chamada “explosão familiar”.

“(...) pois assim que a notícia se espalhava, era comum que ocorressem perdas de emprego ou que as crianças fossem expulsas da escola. Mesmo quando apenas um dos genitores era internado, os filhos acabavam por ser enviados para um Preventório. Nem sempre esse processo era imediato, porém o que ocorria era que, no caso de a mãe ser internada, o pai nem sempre conseguia cuidar das crianças, no caso da internação do pai, a mãe acabava por não ter condições de sustentar a prole e, como dificilmente havia ajuda de familiares, a situação acabava por se tornar insustentável. Desta forma, tanto num caso como no outro, o único espaço para essas crianças acabava por ser o da “exclusão”. Eram crianças marcadas que, praticamente, não dispunham de outro local para ir a não ser o Preventório.”

Preventórios: sequestro e violência

A política de segregação consistia em um tripé que incluía os dispensários, as colônias e os preventórios, instituídos pelo decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923, artigos 148 e 161¹²:

Art. 148. Nos estabelecimentos de leprosos, além das disposições já determinadas e das que forem prescritas em seus regimentos internos, serão observadas mais as seguintes:

f) Os filhos de leprosos, embora um só dos progenitores seja doente, serão mantidos em secções especiais, anexas às áreas de pessoas sãs do estabelecimento, para onde serão transportados logo depois de nascidos.

g) Essas mesmas crianças não deverão ser nutridas ao seio de uma ama e não serão amamentadas pela própria mãe se esta for leprosa.

Art. 161. O doente isolado em domicílio, além das recomendações que em cada caso serão feitas pela autoridade sanitária, deverá cumprir

as seguintes determinações:

h) Afastar-se sempre das crianças que residam ou permaneçam no domicílio.

Mais tarde, em 1949, foi publicada a Lei Nº. 610¹³, que fixava normas para a profilaxia da lepra. Na época, o tratamento com a sulfona já possibilitava a cura da doença. Além disso, especialistas de diversas partes do mundo já defendiam que o isolamento não era alternativa necessária para o tratamento. Na verdade, desde antes da implementação da política de isolamento já se questionava a sua necessidade. Em 1889, o brasileiro Adolfo Lutz¹⁴, trabalhando em um dispensário de hanseníase em Honolulu, Hawaí, argumentava que o isolamento compulsório era desnecessário. Na contramão dos argumentos, o Brasil reforçou a política de isolamento dos pacientes e de seus filhos, como mostra os seguintes artigos:

Art. 15. Todo recém-nascido, filho de doente de lepra, será compulsória e imediatamente afastado da convivência dos pais.

Art. 16. Os filhos de pais leprosos e todos os menores que convivam com leprosos serão assistidos em meio familiar adequado ou em preventórios especiais.

Os preventórios nasceram da parceria entre Estado e entidades criadas por senhoras da sociedade brasileira. Vale destacar a mineira Eunice Weaver, que presidia a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra, e ainda coordenava os 31 preventórios do Brasil. A localização dos preventórios contemplava as regiões do estado onde havia colônias, e foram construídos geralmente a uma distância considerável destas.-

O São Tarcísio, o primeiro de Minas, inaugurado em 1934, recebia os filhos dos internos da Colônia Santa Izabel, de Betim. Ficava a 5 km da colônia, na então Estação Mário Campos 2.

Em Varginha, inaugurou-se, em 1942, o Educandário Olegário Maciel, para atender às crianças da Colônia Santa Fé, de Três Corações. Juiz de Fora recebeu, em 1943, o Educandário Carlos Chagas, destinado aos filhos da Colônia Padre Damião, de Ubá. Araguari era sede do Educandário Eunice Weaver, construído em 1952. Este recebia, preferencialmente, os filhos dos moradores da Colônia de São Francisco de Assis, de Bambuí.

Em Belo Horizonte foi criada a Pupileira Ernani Agrícola, no bairro Horto, que passou a receber, a partir de 1944, as crianças menores de seis anos e as que nasciam em Santa Izabel. Em 1941, inaugurou-se o Aprendizado Técnico Profissional, localizado na Avenida do Contorno, próximo à Avenida Amazonas, destinado a profissionalizar os meninos adolescentes.

Monteiro¹¹ destaca que, teoricamente, o modelo profilático visava proteger as

crianças, porém, na prática o ingresso no preventório era um ato de violência, pois os internos não tinham consciência do que estava ocorrendo em suas vidas. Muitas crianças eram internadas ao nascerem, e cresciam sem referências e lembranças de sua origem e família.

Diniz em seu livro “Nós também somos gente”¹⁵, faz um relato comovente do momento da separação de mãe e filho:

“Era um processo de intenso sofrimento para as mães, exaustas e angustiadas, num momento que normalmente seria de celebrar o nascimento do filho, elas sofriam mais uma violação de seu direito. Não podiam acolhê-los, sequer tocá-los. Apenas um olhar, sufocado em lágrimas, a cruel violência da separação que as martirizou por toda vida. Aos pais, restava o silêncio e a dor”.

No livro “Mãos entrelaçadas”¹⁶, Rute Mariano relata sua primeira visita à creche Pupileira Ernani Agrícola:

“Decepção: ao entrar naquele recinto, observei criançinhas em berços, olhar assustado, fraldas rotas, molhadas. Algumas enroladas em cobertas velhas, rasgadas. Moscas pousando. E algumas estavam engatinhando ou se arrastando pelo chão de ladrilho frio, sem agasalho. Tudo nessas crianças era carência. Cheiro de falta de asseio, de limpeza. Fiquei revoltada. Por que essas crianças, retiradas do aconchego de suas mães, estão assim nesse abandono? Pobres mães, pobres filhinhos!”

Das instituições totais criadas pelo Estado, é difícil avaliar qual foi a mais perversa e qual causou mais danos. É tudo relativo, há poucos estudos para avaliar e medir esse dano. Mas, os preventórios foram instituídos para aprisionar e segregar crianças, do nascimento aos 18 anos. Depois dessa condenação silenciosa – sem nenhuma possibilidade de defesa, estes seres foram jogados na sociedade sem a necessária condição social e psicológica para encarar o mundo e sobreviver. Adquiriam o direito de ir e vir aos 18 anos, mas sem nunca ter praticado o exercício da liberdade. Sem conhecer modos de vida e relações familiares – todos receberam uma educação de negação dos pais. Uma alienação parental praticada pelo Estado que, em relação a essas crianças, adotou medidas francamente desrespeitosas aos direitos humanos. Não havia fiscalização das práticas cotidianas nos preventórios e, conseqüentemente, as crianças viviam à mercê da própria sorte. Como em qualquer instituição total, a violência é uma constante. Nas colônias de hanseníase os internos eram adultos e lutavam contra a opressão; no entanto, no caso dos preventórios os internos não tinham nem referência dos seus direitos como seres humanos. Atrocidades eram cometidas contra eles, como descrito no depoimento de I.L.S, ex-interna do Educandário Eunice Weaver, no Pará:

“Lembro-me como vivi o terror. As freiras davam remédio para dormir e depois do almoço elas colocavam o pano no chão onde

dormíamos à tarde, só de calcinha, com os braços esticados e a cabeça virada para parede, sem se mexer, e batia na nossa bunda pra dormir. Quando era pra acordar, batia na nossa cabeça com a vassoura. (...) Um dia a freira Irmã B. mandou-me tirar a roupa, me acorrentou e me bateu tanto com o galho da goiabeira que meu corpo sangrou e ardeu como se a formiga tivesse me ferroando. Fiquei de castigo dentro de um porão escuro, só comendo bolacha e água. Eu tinha, na época, oito anos de idade.”¹⁷

Isolamento e vida controlada

A organização nos preventórios era rígida. O tempo era controlado. Tinha horário para levantar, para rezar, tomar café, trabalhar, comer e dormir. Havia divisões de tarefas e funções. Os serviços domésticos e de manutenção dos prédios e das plantações eram executados pelas crianças e adolescentes. Havia rigidez da disciplina e as punições variavam: proibição ao lazer, trabalhos extras, castigos corporais. No preventório do Triângulo Mineiro, conforme Gomide⁹, em Órfãos de Pais Vivos:

“A exposição das crianças ao ridículo e à humilhação eram frequentes e objetivavam correção de ‘desvios’. Isso acarretou sérios problemas de ordem psicológica àquelas que foram submetidas a tais práticas”.

Os mais velhos e mais fortes eram geralmente escolhidos para tomar conta do restante. Era uma norma na maioria dos ‘educandários’. No São Tarcísio, quando as irmãs de caridade abandonaram o projeto, os internos adultos permaneceram na instituição e assumiram o controle. Com a mesma crueldade com que foram criados, tratavam os colegas menores, como descrito nos depoimentos seguintes:

“Havia uma monitora que fazia as meninas deitarem no chão, de barriga para baixo, e andava por cima de todas. Muitas delas não aguentavam e faziam necessidades em suas próprias roupas e, por consequência disso, o castigo era maior.”¹⁷

“... Os que tinham acima de 18 anos aproveitaram muito da gente, até estupro. Eles eram encarregados, e faziam o que quisessem. Lá, era muito grande. Então, eles não tinham controle de todos os lugares...”¹⁸

A educação era de iniciativa de um grupo de mulheres da sociedade. Através da filantropia, também organizavam as ações de manutenção do espaço físico. O governo repassava o dinheiro às entidades mantenedoras do projeto. Mas, esses recursos eram insuficientes e essas mulheres buscavam outros recursos externos¹⁹.

Isso constitui mais uma omissão do Estado. Os ‘filhos separados’ ficavam sob sua tutela e nem sequer recebiam uma educação básica, de qualidade. O ensino oferecido era,

no máximo, até a quarta série primária.

Na condição de segregados, os internos eram obrigados a esconder a situação dos pais - e também a sua. Relatos recentes confirmam ainda esta postura. Era a tentativa de proteger-se contra o desprezo, a rejeição social, o sofrimento. E era evidente o desprezo pela sociedade com relação a essas crianças e adolescentes, como se eles tivessem menos valor.

“...a gente não teve o direito de ter a mãe do lado, e não teve o direito de poder ter uma amizade dentro da escola. A gente não teve o direito nem de falar dentro da escola, onde você morava. A gente tinha que manter o segredo, porque a gente não podia falar de onde era.”¹⁸

O controle da vida dos internos era absoluto. Havia raras possibilidades de interação social. Os encontros das crianças com seus pais na colônia eram permitidos, mas apenas para aquelas que já tivessem atingido idade escolar e limitadas a, no máximo, duas vezes por ano. Nesses encontros o contato era indireto - através de um parlatório. Tocar as crianças era expressamente proibido.

Herdeiros do lado mais cruel da segregação

Podemos classificar os ‘filhos da hanseníase’ em três grupos: os que contraíram a doença e foram internados em pavilhões na própria colônia, os que foram enviados para os preventórios e os que permaneceram com as famílias nas vilas formadas na região dos sanatórios.

Os pavilhões tinham uma organização de controle interno semelhante à dos preventórios. No entanto, havia diferenças fundamentais. As crianças internas das colônias, além do cuidado e da atenção que recebiam dos ‘cuidadores’, contavam, em sua maioria, com a proximidade de parentes. Outra diferença é que conviviam com diferentes grupos da comunidade, partilhando com os moradores as benesses da vida social, cultural e religiosa. O contato com o mundo externo nos preventórios era inexistente, enquanto as crianças dos pavilhões participavam ativamente da vida comunitária das colônias.

O grupo que permaneceu nas referidas vilas também sofreu com os obstáculos do estigma e do preconceito. Em Limas, hoje Citrolândia, vila formada no entorno de Santa Izabel, as crianças padeciam com a falta de estrutura do lugar. Não havia saneamento básico, as moradias eram paupérrimas, sem água e luz. Sem contar a precariedade da educação. Mas, todas sobreviveram livres das regras de uma instituição total e tiveram o amparo e o carinho dos pais.

Do ponto de vista psíquico, as crianças mais prejudicadas foram as dos preventórios. Ausência de afeto, de contato físico e da proteção familiar implicou danos psicológicos, mais ou menos graves e irreversíveis na vida de cada indivíduo.

Onde está meu filho?

A adoção dos filhos dos pacientes não era orientada ou amparada pela lei, mas acontecia na prática, constantemente, de forma ilegal. Como descrito nos relatos do documentário “Filhos Separados”²⁰, produzido por Paulo Morais e Andressa Gonçalves, os pais recebiam a notícia de que os filhos haviam falecido, mas, na maioria das vezes, não eram entregues atestados de óbito ou apresentado o corpo para velório. Sequer informavam onde seus filhos teriam sido sepultados. A notícia do falecimento só chegava quando algum familiar ia visitar o filho e não o encontrava.

Lana²¹ comenta o descaso com que os bebês dos preventórios eram tratados, o que levava a um elevado número de óbitos:

A mortalidade infantil nestes preventórios era alarmante, sendo que 78,8% dos recém-nascidos na Colônia Santa Izabel e transferidos para o preventório São Tarcísio faleciam. Desses óbitos infantis, 74% eram menores de seis meses de idade. Esse elevado índice era atribuído principalmente a superlotação (muitas vezes mais de uma criança por berço) e a alimentação exclusivamente artificial. Sabemos que o fato da separação em si, da falta de afeto materno, do carinho necessário entre mãe e filho, carência afetiva, enfim, são determinantes para a sobrevivência de qualquer recém-nascido. Na realidade, faltava cuidado.

Certamente os índices de mortalidade infantil nos preventórios eram altos. Entretanto, é pouco provável que tenham sido tão absurdos. Além desse elevado obituário de recém-nascidos, muitas das crianças sobreviventes desapareceram, doadas ou sem destino conhecido²¹. Muitas mães choraram, trajaram-se em luto por filhos vivos que, na verdade, foram entregues para outras famílias no Brasil e no exterior. Uma curiosidade é que as internas que perderam seus filhos tinham como presentes favoritos bonecas/bebês. Ofereciam a elas o carinho e o acalento que lhes foi negado dar aos próprios filhos.

Para Lana²¹, a questão dos filhos desaparecidos se aproxima da situação dos desaparecidos políticos da época da ditadura militar. Enquanto para esses últimos existe um envolvimento dos organismos defensores dos direitos humanos no sentido de responsabilizar o Estado; esse mesmo autor instiga a sociedade a uma tomada de posição: *“Por que não empreender pelos desaparecidos da profilaxia da lepra?”*

Um dos diversos casos comprovados deste tipo de crime foi o da assistente social Teresa Oliveira, registrado em seu livro, “Nascidos Depois”¹⁷. Ela foi entregue para a adoção e, depois de adulta, resolveu investigar sua origem. Descobriu que seus pais, foram internos na Colônia Santo Ângelo, em SP, e que ao nascer foi imediatamente levada para um preventório. Ao buscar mais informações sobre quem fora sua mãe, a fim de entender o motivo de tê-la abandonado, descobriu que esta, já falecida, buscou insistentemente notícias da filha, mas que em sua ficha de internação no preventório constava uma observação de

que não sabiam o que responder, uma vez que a criança havia sido entregue para uma família adotiva.

Ao contrário do que acontecia com os bebês, crianças maiores e adolescentes foram oficialmente entregues para adoção, ainda que sem informar a seus pais ou solicitar o seu consentimento. Entretanto, tais adoções tinham outra finalidade. A maioria das adotadas eram mulheres, que serviriam de mão de obra escrava nas casas que as acolhiam.

“Quando eu tinha 13 anos, fui mandada para adoção e vejam bem: eu tinha pais, irmãos e, mesmo assim, me mandaram para a adoção! Isso foi crime, foi sequestro de incapaz, abuso; não tínhamos o direito de escolher o que era melhor para nós.

Fui para uma família e diziam que era para eu fazer companhia para única filha que eles tinham. Mentira! Tinha quase certeza que eles queriam me fazer de empregada. Logo minha dúvida virou certeza. Acordava 5h da manhã todos os dias, para fazer tudo em casa. Eu era a última a dormir; normalmente, sempre meia-noite. Isso foi por três anos e meio”.¹⁷

Muitas destas meninas, somente quando adultas, buscaram sua ficha de registro no preventório e descobriram que as casas onde eram exploradas eram fantasiadas de adoção. Como o conflito com as novas ‘famílias’ era constante, muitas delas resolviam devolver as adotadas para o educandário. Outras vezes, tamanho era o sofrimento que as próprias meninas fugiam destas casas e retornavam aos preventórios.

A vontade de dar aos filhos um destino diferente foi o que mobilizou pais e mães a enfrentarem como podiam o Estado e formar vilas nos arredores das colônias. Apesar das dificuldades, que não eram poucas, a família poderia permanecer unida.

Cansadas de perder os filhos que iam para os preventórios, houve casos de mães que não tiveram condições de deixar a colônia, mas optaram por entregar seus filhos para famílias residentes nas vilas. Em Limas, há registro de muitos casos. Ainda que não tivessem a oportunidade de estabelecer o laço entre mãe e filho, teriam condições de salvar suas vidas, vê-los por perto.

Na década de 1980, com a abertura oficial das colônias, ocorre um processo inverso. Aquelas que foram impedidas de ter seus filhos resolvem acolher filhos de outros. Muitas famílias que residiam em Santa Izabel, com a abertura das colônias, adotaram crianças e, finalmente, puderam embalar um filho seu.

Destino incerto, revolta e traumas

A vida nos educandários era difícil. Além da ausência da família, a violência fazia parte do cotidiano dos internos. São inúmeros os relatos de descaso, maus-tratos, abusos

e fome. Em pesquisa intitulada “*Órfãos por Imposição do Estado: danos psicossociais causados pela política de segregação da hanseníase*”¹⁸, feita com ex-moradores de vários preventórios em Minas Gerais, Campos e Flores¹⁸ detectaram, dentre outros, os seguintes traumas e danos sofridos: depressão, angústia, revolta, raiva, mágoa, medo, negação da própria origem, tristeza, incapacidade para o trabalho, rejeição familiar, dificuldade nas relações interpessoais e preconceito.

“... Eu via como se ela me olhasse como filha de criação, e não como uma filha biológica. Os outros três filhos eram a vida dela.”

A pesquisa revelou ainda que os ex-internos sofreram duplamente o estigma: primeiro por serem filhos de atingidos pela hanseníase, carregando, conseqüentemente, o estigma dos pais; segundo, por terem sido criados nessas instituições. Como consequência deste último, foram observados danos específicos, tais como a separação dos pais, violência institucional, cicatrizes de abusos físicos e institucionais, abuso sexual, sequelas por uso desordenado de remédios sedativos, falta de amor, traumas diversos, passagem por tratamentos psicológico-psiquiátricos e necessidade dos mesmos, falta de formação escolar, direitos não reconhecidos, brigas, dificuldades de autorrealização e vivência traumática generalizada.

“(...) Quando eles levavam os pais para ver a gente lá no preventório, eles faziam uma fila. Mas, a gente só podia passar, e acenar. Não podia pegar na mão, nem nada. Não podia ter contato. Aí, esse dia, eu tentei pegar na mão da minha mãe. E esse dia, eu apanhei muito de palmatória. Eles tiraram sangue no meu nariz. Fiquei no quarto escuro de um dia para o outro, sem receber nem água, nem comida. Aí, eles me falavam assim: ‘você não podia ter feito isso. Não era para pegar naquelas mãos sujas imundas. Apanhei demais esse dia.

“... Eu fui muito discriminado na instituição. Durante o dia, misturava os meninos com idade diferente. E aí, que aconteciam as coisas. Era espancado, estuprado, como aconteceu comigo...”¹⁸

Tudo isso fez com que a quase totalidade dos ex-internos não conseguisse se ajustar socialmente, e a tentativa de volta para a casa materna (ou paterna) de quase todos foi frustrada. Sem preparação para o mercado de trabalho e carregando essa complexidade de traumas, continuaram como antes: à margem da sociedade.

Coube às mulheres o destino mais trágico, mesmo porque, em alguns aspectos, a sociedade costuma ser mais cruel com elas. Tiveram a cidadania negada pela segunda vez. Exploradas como domésticas – na verdade, isso configurava falsa adoção - muitas se tornaram vítimas de abuso sexual. Outras não tiveram forças e nem apoio para superar os traumas e acabaram caindo na indigência.

O estigma da hanseníase produziu uma diáspora de milhares de brasileiros: pessoas acometidas pela doença, seus filhos e outros membros da família. Todos tiveram que deixar a terra natal. E o retorno, na maioria das vezes, não acontecia. Porém, a diáspora

mais dolorosa foi dos internos dos preventórios: depois da amarga reclusão foram ‘soltos’ num mundo que não conheciam e que também não quis recebê-los. Além disso, não conseguiram criar ou reatar laços com a família. Sem amparo social e familiar, a maioria continuou e ainda continua com o destino incerto, lamentando a perda irrecuperável do amor e do carinho dos pais.

O isolamento compulsório dos pacientes de hanseníase e de seus filhos não contribuiu para o controle da doença. Além do mais, houve um fortalecimento do preconceito. O fracasso da política de segregação em relação aos filhos fica patente no fato dos preventórios – com toda perversidade de uma instituição total - terem transformado várias crianças e adolescentes em pessoas com dificuldade para o trabalho e o convívio social. O mais surpreendente é o fato de essa política ter se perpetuado até a década de 1980, quando há mais de 40 anos havia surgido a sulfona como tratamento eficaz para a infecção

Referências

1. GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. 7ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2003.
2. SONTAG, S. A doença como metáfora. 3ª edição. São Paulo. Graal. 2002.
3. BÍBLIA Sagrada – Edição Pastoral. Tradução: Ivo Storniolo, Euclides Martins Balancin, José Luiz Gonzaga do Prado. São Paulo. 22ª impressão. Paulus, 2007.
4. VIEIRA, A. Sermões. Vol. 7 Sermão A Segunda Domingo do Advento. 7ª edição. São Paulo. Ed. Loyola. 2013.
5. GREENE, G. Uma Sensação de realidade. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro. 1964.
6. NUNES, F. A.V. (Bacurau). Leproso: uma identidade perversa. Jornal do Morhan, São Paulo, nº.20. 1993.
7. ROTBERG, A. Noções de Hansenologia. São Paulo, Fundação Paulista contra a Hanseníase. 1977.
8. FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 3ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.
9. GOMIDE, L. R. S. Órfãos de Pais Vivos: A Lepra e as Instituições Preventórias no Brasil: Estigmas, Preconceitos e Segregação. São Paulo. Dissertação [Mestrado em História] - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – USP. 1991.
10. GORGULHO, G. À Margem das Páginas: O papel da imprensa no apoio ao isolamento de hansenianos. 1ª edição. Ed. UFABC. São Bernardo do Campo. 2016.
11. MONTEIRO, Y. N. Violência e profilaxia: os preventórios paulistas para filhos de portadores de hanseníase. Saúde e Sociedade. Jan/Jul 1998. vol 7. nº1. São Paulo. 3-26.
12. BRASIL, Decreto n.16.300 de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Diário Oficial da União. 03 abr 1929.
13. BRASIL, Lei n. 610, de 13 de janeiro de 1949. Fixa normas para profilaxia da lepra. Diário Oficial da União. 02 fev 1949; 001513 1
14. BENCHIMOL, J L. SÁ MR. orgs. . Adolpho Lutz: Hanseníase = Leprosy. 20ª edição. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2004. (Adolpho Lutz Obra Completa, v.1, Livro 2).
15. DINIZ, O. Nós também somos gente. 1ª edição. Rio de Janeiro: São José, 1961.

16. MARIANO, R. P. Mãos entrelaçadas. 1ª edição. Belo Horizonte, Rona, 2011.
17. OLIVEIRA, Tereza. Nascidos Depois. 1ª edição. São Paulo. Scortecci, 2013.
18. CAMPOS, P. P. O e FLORES, T. P. S. Órfãos por Imposição do Estado: Danos psicossociais causados pela política de segregação da Hanseníase. Betim. Projeto de pesquisa de iniciação científica. PUC Minas. 2012.
19. SANTOS, VSM. Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate à lepra: ministério Gustavo Capanema (1934-1945). Rio de Janeiro. Dissertação [História das Ciências e da Saúde]. Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz. 2006.
20. Filhos Separados [Documentário]. Direção e produção: Paulo Morais e Andressa Gonçalves. Três Corações (MG). Ponto de Cultura Museu da Oralidade. 2012.
21. LANA, F.C.F. Políticas sanitárias em Hanseníase: história social e a construção da cidadania. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. 1997.

Atitudes discriminatórias na hanseníase: percepção de estudantes de medicina e de profissionais da atenção primária à saúde.

Nidia Bambirra
Cynthia Rossetti
Portela Alves

Marcelo Grossi Araújo
Maria Mônica Freitas Ribeiro
Elza Machado Melo

Resumo

O estigma em doenças crônicas e contagiosas, suas implicações sociais e culturais, bem como para a sua repercussão na saúde pública é conhecido e estudado. Em hanseníase possui lugar de destaque pela morbidade e impacto social que acarreta. Este estudo, resultado de duas pesquisas, teve como objetivo investigar se estudantes do curso médico demonstravam algum tipo de preconceito ou medo associado com a doença, bem como verificar a percepção de atitudes discriminatórias entre profissionais de saúde, a partir de um suposto diagnóstico em colega de trabalho. A primeira envolveu dois grupos paralelos de estudantes (ingressantes e internos) de medicina; e a segunda abordou profissionais da atenção primária à saúde (APS). Utilizou-se formulário semiestruturado para os estudantes e para os profissionais. Análise descritiva, univariada e multivariada dos dados foram realizadas no SPSS. Idade, gênero, procedência e renda não influenciaram nas atitudes dos estudantes. O conhecimento adquirido influenciou positivamente na diminuição de atitudes discriminatórias entre os estudantes e entre os profissionais da atenção primária à saúde, observou-se menor discriminação naqueles com nível superior de escolaridade.

Palavras chave: hanseníase, estigma, estudantes de medicina, profissionais da saúde, ensino médico, atenção primária à saúde.

Introdução

O estigma em doenças crônicas e contagiosas é conhecido e compromete o seu controle. Muitos estudos salientam as implicações sociais e culturais que as doenças carregam e seu impacto na saúde pública.^{1,2} A comparação de doenças, antigas e novas, mostra a persistência de atitudes discriminatórias entre profissionais de saúde, mesmo com a evolução do conhecimento nos últimos anos.³

O processo de discriminação assume características diferentes dependendo da cultura, do status da pessoa e de como sua doença se desenvolve.⁴ Não se pode conceituar o estigma associado apenas a sinais visíveis ou marcas, bem como aos fatores biológicos das doenças, mas sim a todo um contexto sociocultural, histórico e econômico onde é produzido. Em determinadas circunstâncias todos os indivíduos podem manifestar algum tipo de estigma.

O estigma pode vir de qualquer pessoa: familiares, vizinhos, empregadores, colegas de sala, companheiros de igreja, mesquita ou templo, mas também dos profissionais de saúde. O estigma vindo de profissionais da saúde pode ser especialmente danoso, já que eles podem ser justamente as pessoas que o indivíduo procura em busca de ajuda” (International Federation of Anti-Leprosy, 2011, p.13).⁴

Muitos autores usam como referência teórica o conceito de estigma de Goffman (1988), que o define como a situação do indivíduo que tem algo que o torna diferente dos outros, o impede de ter plena aceitação social “[...] e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real” (Goffman, 1988, p.12).⁵ Entretanto o estigma também apresenta outras características. Em revisão sobre o tema, Van Brakel (2006),² adotou em seu trabalho duas definições que se complementam:

(a) um processo social onde existem elementos de rotulagem, estereótipos, separação, perda de status e discriminação que ocorrem em uma situação de jogo de poder que permite o seu surgimento. (Link & Phelan, 2001, p.377).⁶

(b) um processo social ou experiência pessoal caracterizada por exclusão, rejeição, culpa ou desvalorização que resulta em experiências de antecipação de um julgamento social adverso sobre uma pessoa ou grupo. [...] No estigma em saúde este julgamento também pode ser aplicado à doença ou ao próprio problema de saúde com repercussões na vida social e nas políticas de saúde. (Weiss, Ramakshima, Somma 2006, p. 280).¹

Em artigo de revisão sobre estratégias e projetos de intervenção sobre estigma Heijndersa e Van der Meija (2006), reforçam dois pontos: a) que o estigma é um processo

social e em consequência não é possível resolver isoladamente o problema; b) que os pacientes não podem ser agentes passivos, pois quando conhecedores de seus direitos “[...] podem definir as prioridades em relação à necessidade de mudança institucional e nacional.” (Heijndersa, Van Der Meija, 2006, p.361).⁷

Considera-se que o estigma, entre outros fatores, está associado a conhecimentos insuficientes ou incorretos que podem levar à discriminação, podendo se manifestar em atitudes visíveis de afastamento ou evitando-se o contato com as pessoas. Na saúde pode ser por excesso de cuidados e de medidas preventivas ou por omissão, consolidando-se em um tratamento desigual. A discriminação prejudica o trabalho de prevenção, tratamento e acompanhamento.

Para se desmistificar as doenças e buscar formas de intervenção é preciso primeiro conhecer o conceito do estigma no cotidiano das comunidades, dos serviços de saúde e depois relacioná-lo com suas implicações nos processos estruturais: políticas de saúde, educação, emprego e combate à pobreza.

Em editorial sobre estigma na hanseníase, Staples (2011), ressalta a importância de se pensar que “[...] *o estigma, como está atualmente configurado e utilizado, pode também ser uma barreira para a compreensão da experiência social da hanseníase*”.⁸ Não se pode considerar que apenas educação e conhecimento da doença vão mudar seu conceito junto às pessoas. Conhecer o que os doentes e seus familiares realmente vivenciam no seu cotidiano pode contribuir para criar novas formas de abordagem das doenças.

O estigma na hanseníase

Em meio aos desafios contemporâneos da saúde pública brasileira, a hanseníase, uma das doenças mais antigas da história da medicina, traz consigo marcas sociais e culturais indelévels até os dias atuais.⁹ Doença infecciosa de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, possui lugar de destaque pela morbidade e impacto social que acarreta. Em função do comprometimento neurológico, se não for tratada, adequada e precocemente, pode evoluir para incapacidades físicas e deformidades.¹⁰ Apesar do diagnóstico relativamente simples, essencialmente clínico a exigir poucos recursos complementares, e da existência de drogas eficazes para o seu tratamento,¹¹ determinantes de ordem social, econômica e de organização dos serviços de saúde têm dificultado o êxito das diretrizes nacionais e internacionais que propõem o alcance da sua prevenção e controle. A hanseníase é depositária legítima do estigma social, fortemente incorporado e cristalizado como um fenômeno global que constitui um dos principais problemas no manejo da doença atuando como fator de entrave ao seu diagnóstico e tratamento precoces, fundamentais para a cura sem sequelas. Desde os tempos mais remotos, aqueles que contraíam a doença despertavam sentimentos de desaprovção,

rejeição social e discriminação.¹² No Brasil, muito já se escreveu para retratar os equívocos cometidos e os traumas provenientes do sistema de segregação compulsória, como forma de evitar o contágio. Por isso, tanto o processo de adoecer por hanseníase quanto suas consequências sociais podem causar um grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas e seus familiares, especialmente nos aspectos econômicos e de participação social.^{13,14} A doença ainda está associada a concepções errôneas e crenças populares em relação a sua causa, transmissão, como ela deve ser reconhecida e tratada.¹⁵ A hanseníase, então, é uma doença tanto social quanto biológica, de modo que não se pode tratar um desses aspectos sem abordar o outro.^{16,17}

O processo de intervenção para o controle da hanseníase no Brasil, responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), se fundamenta no diagnóstico precoce, tratamento dos casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância de contatos e campanhas de prevenção¹⁸. Além disso, as políticas públicas implantadas no Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), por meio da educação permanente, preconizando a descentralização dos serviços, têm se mostrado a melhor estratégia para a eliminação da doença e vem contribuindo para a redução da prevalência, ampliando o acesso ao tratamento, a qualidade do atendimento e contribuindo para a redução da exclusão social^{19,20}. Entretanto, a integração da hanseníase na atenção básica só será efetiva quando houver a valorização dessas ações, inserindo o tema nos currículos do ensino médio, formação técnica em saúde, bem como, nos currículos de graduação da área de saúde, formando profissionais habilitados para a atenção integral das pessoas que apresentam hanseníase e de seus familiares.²¹⁻²³

Por outro lado, trabalhos na literatura especializada relacionam a redução do acesso ao diagnóstico e tratamento da hanseníase ao despreparo dos profissionais de saúde para realizar as ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas acometidas pela doença; ao estigma e preconceito que ainda se fazem presentes e ao desconhecimento da população sobre os sinais iniciais da doença e sobre os locais de diagnóstico e tratamento.²¹⁻²⁴ Estes fatores vêm culminando em falhas e atrasos no diagnóstico, com grande parte dos doentes iniciando o tratamento quando já apresentam algum grau de incapacidade física. Esta situação representa grande ônus ao sistema de saúde e principalmente ao doente, que, além de enfrentar todos os fatores inerentes à doença, passa a conviver também com o medo da rejeição.

A realização de pesquisas no cotidiano de atendimentos, seja entre profissionais ou estudantes, é importante para se identificar atitudes discriminatórias, muitas vezes não percebidas pelas pessoas envolvidas no processo.

Neste capítulo são relatados os resultados de dois estudos, um deles realizado com estudantes de medicina e outro com profissionais da atenção primária à saúde, nos quais foram investigadas atitudes relacionadas à hanseníase.

Objetivos:

No primeiro estudo investigou-se se os graduandos de medicina demonstravam algum tipo de preconceito ou medo associado com a hanseníase, utilizando a comparação entre dois grupos paralelos de estudantes, no início e ao final do curso.

No segundo estudo avaliou-se a percepção dos profissionais da atenção primária à saúde em relação a um suposto diagnóstico de hanseníase em colega de trabalho.

Metodologia:

Do primeiro estudo, realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG) em 2012, participaram 632 estudantes matriculados no primeiro e no último ano do curso de medicina. O estudo foi transversal comparativo, entre dois grupos paralelos: Grupo 1 (ingressantes, primeiro ano), quando o conhecimento do estudante se nivela ao do senso comum e Grupo 2 (internos, último ano), quando a maior parte do conteúdo teórico e prático já foi ofertada. Utilizou-se formulário estruturado e autoaplicável elaborado para a pesquisa, baseado nos manuais do Ministério da Saúde do Brasil, 10 com questões referentes ao conhecimento e outras relacionados com atitudes preconceituosas a respeito da hanseníase.²⁵

Os estudantes foram abordados sem anúncio prévio, por meio de um breve esclarecimento sobre o estudo e seus objetivos. Após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os estudantes deram respostas não identificadas, individuais, imediatas e sem consulta. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (CAAE 07270012.8.0000.5149).

Para avaliar as atitudes frente à doença foram feitas comparações entre os dois grupos, por meio de análises univariada e multivariada. As variáveis foram descritas por meio de distribuição de frequências. Foi realizada análise bivariada para comparar os Grupos 1 e 2, utilizando-se o teste do Qui-quadrado de Pearson assintótico (quando menos de 20% das caselas da tabela apresentaram valor esperado entre 1 e 5, e 80% apresentaram valores maior ou igual a 5) e Qui-quadrado de Pearson exato (quando mais de 20% das caselas da tabela apresentaram valor esperado entre 1 e 5). As variáveis que não apresentaram distribuição normal, segundo o teste de Shapiro Wilk, foram avaliadas pelo teste de Mann Whitney.

Foi realizada também análise multivariada utilizando modelo de regressão logística. As variáveis significativas ao nível de 0,20 foram consideradas candidatas ao modelo multivariado. Ajustou-se o modelo com todas as candidatas e, passo a passo, foi

retirada a variável com maior valor de p até se alcançar o modelo final, quando todas as variáveis foram significativas ao nível de 0,05. No modelo multivariado final de regressão logística foi verificado a qualidade de ajuste através do teste de Hosmer & Lemeshow.

A segunda pesquisa foi um estudo epidemiológico, descritivo, transversal. Os dados foram obtidos em inquérito realizado pelo Curso de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da FM/UFMG, em 2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE 01140812.1.0000.514). Abrangeu as Equipes de Saúde da Família (ESF) das 53 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das cinco Unidades Básicas de Referência (UBR) em Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Os profissionais presentes na unidade no dia da visita, que concordaram e assinaram o TCLE, preencheram um questionário autoaplicável, com questões relativas ao desempenho profissional sobre saúde pessoal, sobre violência e, sobre o atendimento de hanseníase, tuberculose e HIV/AIDS, doenças estas de notificação compulsória. Para o presente estudo foram avaliados os dados de hanseníase. Foram excluídos questionários de profissionais com menos de um ano de trabalho na unidade de saúde. Utilizou-se o software SPSS, versão 20 e o programa R Development Core Team 2012, para a confecção do banco de dados e análise dos resultados.

Realizou-se análise descritiva de variáveis para caracterização do perfil dos profissionais. As categorias profissionais consideradas foram médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e outros. As variáveis relacionadas à hanseníase foram comparadas em relação à faixa etária, função ocupada pelos profissionais nas unidades e a existência ou não do trabalho em equipe. Adotou-se nível de significância de 5%. Duas questões, que demandavam justificativa quando a resposta era “não”, foram objeto de avaliação. Utilizou-se dados secundários, disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)), considerando como referência os anos de 2010 e 2011, para identificação do número de casos diagnosticados.²⁶

Resultados e discussão

Atitudes dos estudantes de medicina, ao início e final do curso em relação à hanseníase

Participaram 540 (85,4%) dos 632 estudantes matriculados nos dois anos estudados, 260 (84,1%) dos ingressantes e 280 (86,6%) dos internos. Quando indagados sobre a atitude em relação ao diagnóstico de hanseníase em seu melhor amigo apenas o fato de ser interno ou ingressante mostrou diferença, com os internos tendo maior predisposição para manter o convívio ($p < 0,0001$). Gênero, procedência e renda familiar não influenciaram na resposta. Foi então realizada a análise de atitudes de evitamento com o conhecimento acerca da doença (tabela 1).

TABELA 1: Resultado da associação de atitudes com o conhecimento sobre hanseníase entre estudantes de medicina (n 540)

| Variáveis | Se o seu melhor amigo(a) recebesse o diagnóstico de hanseníase você | | | Total | Valor-p |
|----------------------------------|---|---|------------------------|------------|----------------------|
| | Mantaria convívio n(%) | Evitaria algumas situações de contato n(%) | Afastaria dele n(%) | | |
| Causa da hanseníase | | | | | |
| Acertou | 313 (90,2) | 158 (83,2) | 0 (0,0) | 471 (87,7) | 0,017 ¹ |
| Errou | 34 (9,8) | 32 (16,8) | 0 (0,0) | 66 (12,3) | |
| Transmissão da hanseníase | | | | | |
| Acertou | 191 (55,5) | 82 (43,9) | 0 (0,0) | 273 (51,4) | 0,010 ¹ |
| Errou | 153 (44,5) | 105 (56,1) | 0 (0,0) | 258 (48,6) | |
| Sinais e sintomas da hanseníase | | | | | |
| Acertou | 335 (95,7) | 177 (93,7) | 0 (0,0) | 512 (95,0) | 0,295 ¹ |
| Errou | 15 (4,3) | 2 (6,3) | 0 (0,0) | 27 (5,0) | |
| Diagnóstico da hanseníase | | | | | |
| Acertou | 208 (59,9) | 94 (50,0) | 0 (0,0) | 302 (56,4) | 0,027 ¹ |
| Errou | 139 (40,1) | 94 (50,0) | 0 (0,0) | 233 (43,6) | |
| Tratamento da hanseníase | | | | | |
| Acertou | 278 (79,7) | 128 (68,1) | 0 (0,0) | 406 (75,6) | 0,003 ¹ |
| Errou | 71 (20,3) | 60 (31,9) | 0 (0,0) | 131 (24,4) | |
| Acompanhamento da hanseníase | | | | | |
| Acertou | 216 (61,9) | 90 (47,9) | 0 (0,0) | 306 (57,0) | 0,002 ¹ |
| Errou | 133 (38,1) | 98 (52,1) | 0 (0,0) | 231 (43,0) | |
| Cura da hanseníase | | | | | |
| Acertou | 292 (83,9) | 160 (84,2) | 0 (0,0) | 452 (84,0) | 0,927 ¹ |
| Errou | 56 (16,1) | 30 (15,8) | 0 (0,0) | 86 (16,0) | |
| Notificação da hanseníase | | | | | |
| Acertou | 180 (52,0) | 56 (29,8) | 0 (0,0) | 236 (44,2) | <0,0001 ¹ |
| Errou | 166 (48,0) | 132 (70,2) | 0 (0,0) | 298 (55,8) | |
| Apto a responder dúvidas básicas | | | | | |
| Sim | 135 (39,1) | 51 (27,0) | 0 (0,0) | 186 (34,8) | 0,005 ¹ |
| Não | 210 (60,9) | 138 (73,0) | 0 (0,0) | 348 (65,2) | |

1 Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico 2 Teste Qui-quadrado de Pearson exato 3 Teste Mann Whitney

Pode-se observar que com exceção de conhecer os principais sinais e sintomas e saber que hanseníase tem cura, as demais variáveis relacionadas ao conhecimento mostraram que a manutenção do convívio está relacionada ao maior conhecimento sobre a doença.

A partir desses resultados, foi realizada a análise multivariada, e as variáveis mais importantes foram: grupo, notificação compulsória e acompanhamento (ao nível de 0,05), conforme tabela 2.

Os resultados evidenciam que a manutenção do convívio do interno com um amigo com suposto diagnóstico de hanseníase é 5,5 vezes maior do que a do ingressante. A chance do estudante que conhece que a doença é de notificação compulsória assim como a daquele que sabe como fazer o acompanhamento da mesma é duas vezes maior em manter o convívio do que a do aluno que errou.

TABELA 2: Avaliação do conhecimento de hanseníase entre os estudantes de medicina da FM/UFMG: modelo multivariado final de regressão logística da variável estigma com as variáveis sócio-demográficas e do conhecimento (modelo 6). Teste de Qualidade de Ajuste de Hosmer & Lemeshow valor-p=0,839

| Variáveis | O seu melhor amigo(a) recebeu diagnóstico de hanseníase você | | OR | IC95%OR | Valor-p |
|--|--|---------------------------------------|------|-------------|---------|
| | Manteria convívio | Evitaria algumas situações de contato | | | |
| Grupo | | | | | |
| 1 (ingressante) | 129 (36,9) | 131 (68,9) | 1 | | |
| 2 (interno) | 221 (66,1) | 59 (31,1) | 5,52 | 3,14 ; 9,72 | <0,0001 |
| A hanseníase é doença de notificação compulsória? | | | | | |
| Acertou | 180 (52,0) | 56 (29,8) | 2,13 | 1,22 ; 3,74 | 0,008 |
| Errou | 166 (48,0) | 132 (70,2) | 1 | | |
| O acompanhamento do paciente deve ser feito em: | | | | | |
| Unidades Básicas de Saúde | 216 (61,9) | 90 (47,9) | 2,12 | 1,42 ; 3,17 | <0,0001 |
| Outros | 133 (38,1) | 98 (52,1) | 1 | | |

A hanseníase na Atenção Primária à Saúde de um município da região metropolitana de Belo Horizonte

Na pesquisa com os profissionais da atenção primária à saúde (APS) um total de 317 profissionais preencheu o questionário. Foram excluídos os dados de 17 profissionais com menos de um ano de atuação na unidade de saúde.

Os 300 questionários analisados foram preenchidos por 15 (5,0%) médicos, 29 (9,7%) enfermeiros, 44 (14,7%) auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem (A/TE), 153 (51,0%) ACS e 59 (19,7%) demais profissionais de nível médio e superior. No grupo estudado predominou sexo feminino, a faixa etária entre 30 e 49 anos, com média de 35,3 anos, casados e com ensino médio.

Para conhecer a realidade das unidades de saúde com relação à detecção e abordagem dos casos de hanseníase, foram colocadas as alternativas descritas na tabela 3. Percebe-se que o número de casos diagnosticados foi pequeno. Dos 228 respondentes, 39% relatou encaminhar os pacientes para serviços de referência. A despeito de o município estudado ter um fluxo diferenciado para as doenças infecciosas, contando com unidades de referência para tal, esta não é a orientação do Ministério da Saúde que preconiza o diagnóstico e tratamento dos casos sem intercorrências nas UBS.¹⁸ Apenas 7,9% afirmou que houve continuidade de tratamento na UBS depois do atendimento inicial em unidade de referência. Tal conduta, juntamente com o número pequeno de casos, perpetua a falta de experiência das equipes com a hanseníase, o que pode contribuir para a manutenção de

diagnósticos tardios, relacionados com altas taxas de deformidades e reações imunológicas graves. Essas situações favorecem a ocorrência de deformidades que concorrem para a manutenção do preconceito e do estigma em relação à doença.²⁷

TABELA 3: Distribuição dos casos de hanseníase, detectados, tratados ou encaminhados pelas unidades de Atenção Primária à Saúde em Ribeirão das Neves, MG, 2012.

| Tratamento e encaminhamento de usuários | Hanseníase | |
|--|------------|------------|
| | n | % |
| Nunca foi detectado um caso | 68 | 29,8 |
| A unidade detectou casos e iniciou tratamento | 40 | 17,5 |
| A unidade detectou caso e encaminhou para serviço de referencia | 89 | 39,0 |
| Após atendimento na referencia continuou o tratamento em sua unidade | 18 | 7,9 |
| Os casos são atendidos em outros serviços | 13 | 5,7 |
| Total | 228 | 100 |

Em relação à questão: “ao detectar um caso de hanseníase em sua unidade você assumiria o tratamento” com opções: “sim” ou “não, por que”, considerando as respostas válidas, 61% assumiriam tratá-lo. Entre os que responderam que não assumiriam o tratamento, 18 (26,5%) profissionais responderam “que acompanhariam ou orientariam os casos”, 17 (25,0%) relataram encaminhamento para serviço especializado do município, 8 (11,8%) que era “função médica” e 21 (30,9%) “por desempenhar outras funções ou por questões administrativas”. Os profissionais especificaram o nome do local de referência onde são atendidos os casos de hanseníases no município.

Dentre as justificativas para não assumir o tratamento, considerando que o atendimento da APS deve ser realizado em equipe, vale salientar as respostas:

É o papel de a unidade básica supervisionar o tratamento.

Assumir enquanto coordenador sim, porém todos os canais e não somente eu, devo assumir este tratamento.

Se for minha responsabilidade dentro do meu trabalho e sendo respaldada por um responsável responderia sim.

Não é da minha competência, mas irei orientar o usuário para conseguir o tratamento e irei acompanhar em casa durante o tratamento.

É de interesse destacar a predisposição dos profissionais em assumir o tratamento e acompanhamento de hanseníase nas unidades básicas: 61% assumiriam o tratamento. Quando responderam que, se fosse sua atribuição e se fossem capacitados acompanhariam os casos, percebe-se que os profissionais consideram estes atendimentos nas unidades como atribuição da ESF. Na realidade essa predisposição está de acordo com o que é recomendado pelo MS18, e a questão que se coloca é a própria dificuldade da organização

desse atendimento em uma área de baixa prevalência da doença, dentro da premissa de atenção integral ao portador de hanseníase na APS, pela dificuldade em se manter um nível de expertise que dê segurança as equipes para a condução dos casos.

Para avaliar a atitude de profissionais da APS, foi proposta a pergunta sobre qual seria a conduta frente ao diagnóstico fictício de hanseníase em colega de trabalho. O afastamento do trabalho foi sugerido por um quinto dos profissionais. (Tabela 4)

TABELA 4: Atitude dos profissionais de saúde frente a diagnóstico hipotético de hanseníase em colega de trabalho da unidade de saúde, Ribeirão das Neves, MG, 2012.

| Trabalho | n | % |
|--|-----|------|
| Continuar trabalhando e tratando | 193 | 76,3 |
| Continuar trabalhando, mas evitando maiores contatos com a equipe. | 7 | 2,8 |
| Deve se afastar do trabalho | 53 | 20,9 |
| Total | 253 | 100 |

Relacionando a mesma questão com a função ocupada na unidade, item que foi preenchido por 296 profissionais, os maiores percentuais de aceitação para continuar trabalhando frente ao diagnóstico da hanseníase foram dos médicos (86,7%) e enfermeiros (82,8%) e os menores dos A/TE (59,1%) e de “outros profissionais” (47,4%). Deve ser salientado que não existe recomendação do MS para o afastamento do trabalho pelo diagnóstico da hanseníase.¹⁸

As duas pesquisas sugerem que o maior conhecimento sobre hanseníase é capaz de melhorar a atitude frente a pessoa próxima com suposto diagnóstico da doença. Entretanto, há controvérsias na literatura a respeito da educação/conhecimento ser determinante maior para diminuir atitudes discriminatórias, pois estas teriam origens multifatoriais e complexas.^{8,28,29} Segundo Harris, 2011, o estigma não se restringe às pessoas acometidas por hanseníase, mas faz parte também do discurso sobre a doença, desde a organização do serviço de saúde até a formulação de futuras intervenções.²⁸ Por outro lado, Feenstra, 2003 ressalta que atividades informativas desencadeiam aumento do conhecimento, mudança de comportamento e redução do estigma na hanseníase.³⁰ Para Giri, 2011, falta de conhecimento ou informações incorretas podem estar na origem de muitas causas de estigma.¹⁵ Não se pode considerar que apenas educação e conhecimento da doença vão mudar seu conceito junto às pessoas. É importante conhecer o que os doentes e seus familiares realmente vivenciam no seu cotidiano, o que pode contribuir para criar novas formas de abordagem das doenças.

Considerações finais

Embora o estigma e a discriminação na hanseníase tenham origens muito complexas e não possam ser simplificados, nos dois estudos foram evidenciadas atitudes

mais favoráveis a respeito da doença pelos internos, quando comparado aos ingressantes do curso médico, e pelos profissionais de saúde de nível superior, sugerindo que maior conhecimento da doença esteja ligado a menor preconceito e atitudes de maior disposição para o cuidado. A persistência de atitudes preconceituosas detectadas em aproximadamente 20% dos respondentes, seja entre os estudantes de medicina ao final do curso ou entre os profissionais da atenção primária do município estudado, sugere que apenas educação e conhecimento não bastam para modificar o comportamento das pessoas frente à doença.

Referências

1. WEISS, M.G; RAMAKRISHNA, J; SOMMA D. Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. **Psychol Health Med.** v.1, n.3, p.277-87, 2006 .
2. VAN BRAKEL, W.H. Measuring health-related stigma—A literature review. **Psychol Health Med.** v. 11, n.3, p.307- 44, 2006.
3. SADALA, M.L.A; MARQUES, S.A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p.2369-78, 2006.
4. INTERNATIONAL FEDERATION OF ANTI-LEPROSY ASSOCIATIONS. **Guideline to reduce stigma. Guide 1-What is health-related stigma?**. London / Amsterdam: ILEP & NLR; 2011.
5. GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
6. LINK, B.G; PHELAN, J.C. Conceptualizing Stigma. **Annu Rev Sociol.** v.27, p.363-85, 2001.
7. STAPLES, J. Interrogating leprosy 'stigma': why qualitative insights are vital. **Lepr Rev.** v.82, n.2. p. 91-7, 2011.
8. HEIJNDERSA, M; VAN DER MEIJA, S. The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. **Psychol Health Med.** v.11, n.3, p.353 -63, 2006.
9. EIDT, L.M. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. **Hansen. Int.** v.29, n.1, p.21-27, 2004.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 111)
11. ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop.** v.36, n.3, p.373-82, 2003.
12. HELMAN, C.G. Malária e lepra. In: Helmam CG. **Cultura, Saúde e Doença.** 2ª ed. São Paulo: Artmed, 1994. p.369-73.
13. MARTINS, B.L; TORRES, F.N; OLIVEIRA, M.W. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. **An Bras Dermatol.** v. 83, n.1, p.39-43, 2008.
14. QUEIROZ, M.S; CARRASCO, M.A. O doente de hanseníase em Campinas: Uma perspectiva antropológica. **Cad Saúde Públ.** v.11, n.3, p.479-90, 1995.
15. GIRI, P.A; PHALKE, D.B; AARIF, S.M. A study of knowledge, attitude and practices regarding leprosy among undergraduates and interns of a medical college and hospital from rural Índia. **Indian J Lepr.** New Delhi, v.83, n.2, p.75-80, 2011.
16. RAJKUMAR, E; JULIOUS, S; SALOME, A; JENNIFER, G; JOHN, A.S; KANNAN, L; RICHARD, J. Effects of environment and education on knowledge and attitude of nursing students towards leprosy. **Indian J Lepr.** v.83, n.1, p.37-43, 2011.

17. EIDT, L.M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**.v.13, n.2. p.76-88, 2004.
18. Brasil.Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011**.
19. DIAS, R.C; PEDRAZZANI, E.S. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na exclusão social. **Rev Bras Enferm**. v. 61, n.esp, p.753-6, 2008.
20. PENNA, M.F; OLIVEIRA, M.W; CARMO, E.H; PENNA, G.O; TEMPORÃO, J.G. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Rev Soc Bras Med Tropical**. v. 41, supl. II, p.6-10, 2008.
21. LANA, F.F; DAVI, R.L; LANZA, F.M; AMARAL, E.P. Detecção da Hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios de Minas Gerais. Brasil. **Rev Eletr Enf**. v.11, n.3, p.539-44, 2009.
22. BRANDÃO, P. Assistência ao portador de hanseníase. **Rev Bras Enferm**. v. 61, n. esp, p. 782-3, 2008.
23. DIAS, A; CYRINO, E.G; LASTÓRIA, J.C. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre hanseníase. **Hansen Int**. v.32, n.1, p. 9-18, 2007.
24. PEREIRA, A.J; HELENE, L.F; PEDRAZZINI, E.S; MARTINS, C.L; VIEIRA, C.A. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do estado de São Paulo. **Rev Bras Enferm**. v.61, n. esp. p.716-25, 2008.
25. ALVES, C.R.P ; ARAÚJO, M.G; RIBEIRO, M.M.F; MELO, E.M . Evaluation of Teaching on Leprosy by Students at a Brazilian Public Medical School. **Rev Bras Edu Med**. v.40, p.393-400, 2016.
26. BAMBIRRA N. **A percepção dos profissionais da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, sobre a abordagem da hanseníase, tuberculose e HIV/ Aids**..2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção de saúde e prevenção da violência. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.
27. LANZA, F.M; LANA, F.C.F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto & Contexto Enferm**. v.20, n.esp, p.238-46, 2011.
28. HARRIS, K. Pride and prejudice – Identity and stigma in leprosy work. **Lepr Rev**. v. 82, n.2, p.135–146, 2011.
29. WHITE, C. Leprosy and Stigma in the Context of International Migration. **Lepr Rev**. v.82, n.2, p.147–154, 2011.
30. FEENSTRA, P. “Elimination” of leprosy and the need to sustain leprosy services, expectations, predictions and reality. **Inter J Lepr**. v.71, n.7, p. 248-56, 2003.

As implicações da hanseníase nas atividades laborais de trabalhadores rurais acompanhados no centro de referência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Luciana Miranda Barbosa Mello
Marcelo Grossi Araújo
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Resumo

A hanseníase é problema de saúde pública no país e cerca de 30% das pessoas desenvolve deformidades/incapacidades, que podem ocasionar a diminuição na capacidade de trabalho. Tivemos como objetivo descrever e analisar as implicações da hanseníase nas atividades laborais de trabalhadores rurais acompanhados no Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. É um estudo qualitativo que utilizou entrevista semiestruturada e dados da ficha do SINAN e do prontuário. A análise de conteúdo foi feita a partir das categorias: trabalho rural, hanseníase, incapacidade e trabalho, previdência social, enfrentando a nova realidade. A busca por tratamento foi tardia, quando a doença comprometia o trabalho e a cura foi relacionada ao retorno da capacidade para trabalhar. Efeitos adversos das medicações, estigma e efeitos nocivos do ambiente foram apontados como determinantes para a incapacidade laboral. Foi observada insatisfação com o atendimento prestado e desconhecimento da doença pelos profissionais da área da saúde e da previdência social.

Palavras-chave: *hanseníase, incapacidade, trabalhador rural, saúde do trabalhador.*

Introdução

A hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório com predileção para as células de Schwann no nervo e macrófagos na pele. Apresenta um longo período de incubação e distintas características clínicas, bacteriológicas, imunológicas e histopatológicas que compõem o espectro da doença expressando a relação da resposta específica do hospedeiro ao bacilo.¹ O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e das condições de vida do paciente e do exame dermatoneurológico. Os sinais cardinais diagnósticos são áreas da pele com alteração da sensibilidade, espessamento de nervo periférico associado a alteração funcional e baciloscopia positiva de esfregaço dérmico.^{2,3}

Os pessoas com hanseníase, ainda hoje, sofrem com o estigma. Entre os motivos de discriminação encontram-se a falta de informação sobre a doença, a incapacidade física e as deformidades causadas pelo comprometimento dos nervos periféricos. Van Brakel⁴ aponta o estigma como determinante de restrições para o convívio social, as atividades laborativas e religiosas, as relações interpessoais.

As ações de controle da hanseníase são realizadas em níveis progressivos de complexidade, dispondo-se de centros de referência locais, regionais e nacionais para o apoio da rede básica, com vistas ao tratamento integral conforme as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS).⁵

Em até 30% dos casos podem ocorrer reações imunológicas de gravidade variável, muitas vezes recorrentes, e que demandam o uso de drogas imunossupressoras, além das ações de prevenção de incapacidades, reabilitação e assistência psicossocial.^{3,6} Essas podem anteceder o diagnóstico, surgir durante o tratamento ou após a alta e são considerados urgências clínicas.^{7,8}

Na demanda pós-alta, estudo identificou 67,7% pessoas com grau zero de incapacidade que retornaram aos serviços de saúde por reação e/ou neurite.⁹ O fator que pode condicionar um maior contingente de deformidades no pós-alta é a falta de um adequado monitoramento dos quadros reacionais pela rede de serviços de saúde e da continuidade da atenção.^{10,11}

A hanseníase é uma das causas mais comuns de neuropatia periférica não traumática¹² e das incapacidades permanentes entre as doenças transmissíveis no mundo em desenvolvimento¹³. Algum grau de comprometimento neural está presente em todas as formas clínicas da doença, desde áreas com disestesia até o comprometimento sensitivo,

motor e autonômico de um nervo .¹⁴ Clinicamente é uma neuropatia mista, exclusiva do sistema nervoso periférico, que acomete desde as terminações na derme até os troncos nervosos, comprometendo fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas em graus variáveis.¹⁵ Pode ocorrer ainda como neurite silenciosa, em um quadro sem sintomatologia dolorosa, caracterizado por alterações de sensibilidade e de força motora, detectadas por exames específicos. Frequentemente seu diagnóstico é subavaliado, o que torna de suma importância a avaliação neurológica simplificada periódica, independente da presença de queixa do paciente.^{16,17} Os nervos mais comprometidos são o ulnar e mediano nos membros superiores, fibular comum e tibial nos membros inferiores e o facial e grande auricular no segmento cefálico. Outro fator agravante para o comprometimento neural é a presença de estruturas anatômicas constrictivas próximas ao nervo.^{2,7,17,18,19}

O trabalhador e a saúde

A hanseníase acomete, sobretudo, adultos jovens que podem sofrer interferência nas suas atividades laborais, com consequências deletérias na sua qualidade de vida e das suas famílias.¹⁰ Altos custos econômicos podem decorrer das incapacidades, com a perda de anos produtivos .²⁰

A implantação do SUS e suas principais diretrizes, especialmente a universalização do acesso e a priorização da Atenção Primária à Saúde (APS), possibilitaram a descentralização do atendimento às pessoas acometidas pela hanseníase. Com base nos mesmos princípios, a Constituição da República Federativa do Brasil, em seu artigo 200, define que “[...] ao Sistema Único de Saúde compete [...] executar as ações da saúde do trabalhador”²¹, tendo a atenção básica de saúde como porta de entrada desse sistema .²²

A perspectiva a ser abordada pela saúde do trabalhador traz as contribuições de Marx para a compreensão da categoria trabalho,²³ onde:

o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos -, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. (Marx,2002,p.211)

O processo de trabalho, segundo Marx, é a utilização da força de trabalho com a finalidade de criar valores de uso que sirvam para satisfazer as necessidades humanas de qualquer natureza, condição natural e permanente da vida humana. São componentes do processo de trabalho: o próprio trabalho, que é a atividade subordinada a um determinado

fim, a matéria prima submetida ao trabalho, ou seja, o objeto de trabalho e os meios com os quais se realiza o trabalho, os instrumentos de trabalho.²³

Mendes e Dias²⁴ definiram como objeto da saúde do trabalhador (ST), o processo de saúde e doença do homem em relação com o trabalho. A ST busca resgatar o lado humano do trabalho, considerando o trabalhador como sujeito político e social, agente de mudanças. Com esse fim, adota uma abordagem interdisciplinar e inter setorial, com a parceria dos trabalhadores no sentido de contribuir com o seu saber buscando a compreensão do impacto do trabalho sobre o processo de saúde-doença e de intervir e transformar a realidade do trabalho e da elaboração de estratégias transformadoras.^{25,26}

O trabalhador rural, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), é a pessoa que se dedica, nas regiões rurais, a tarefas agrícolas ou artesanais ou a ocupações similares ou conexas, podendo ser as atividades desenvolvidas de cunho assalariados ou de pessoas que trabalham por conta própria, como arrendatários, parceiros e pequenos proprietários.²⁷

No Brasil, a atividade rural inclui a lavoura, pecuária, florestal, extrativismo e a pesca artesanal.²⁸ No censo de 2010, a população brasileira superou a marca de 190 milhões de indivíduos, sendo 15% equivalente à população rural.²⁹ O censo agropecuário de 2006 aponta para a importância da agricultura familiar no país, que representa 84,36% dos estabelecimentos rurais brasileiros, com 12,3 milhões de pessoas a ela vinculadas.

Considerando o comprometimento de nervos periféricos na hanseníase, as ocupações que requerem grande esforço físico e habilidades funcionais plenas podem ser responsáveis pelo surgimento ou agravamento de incapacidades e deformidades, como é o caso dos trabalhadores rurais.³⁰

Incapacidade

A incapacidade, na descrição da OMS, é um fenômeno complexo que reflete a interação entre as características físicas pessoais e as características da sociedade em que o indivíduo vive, e faz parte da condição humana. Quase todas as pessoas terão uma deficiência em algum momento da vida, seja temporária ou permanente, congênita ou adquirida.³¹ No Brasil, estima-se que quase 24% da população tenha alguma deficiência.²⁹

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde (CIF) proposta pela OMS,³² introduz um novo paradigma no enfrentamento da deficiência e da incapacidade, que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde, em detrimento daquele que foca nas consequências da doença. Nesse modelo, as incapacidades são determinadas também pelo ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes pessoais com relação à deficiência, pela disponibilidade

de serviços e de políticas públicas.³³

Nesse contexto, a funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades e tarefas relevantes da sua vida diária e da sua participação na sociedade, representando os aspectos da saúde.^{32,34}

Na hanseníase, sabe-se muito sobre as incapacidades e muito pouco sobre como estas afetam a realização das atividades da vida diária incluindo as laborais, e a participação social das pessoas.² As pessoas acometidas pela hanseníase que sofrem prejuízo na sua capacidade de trabalho têm o autossustento e da família comprometidos, o que pode vir a gerar repercussões de ordem psicológica, social e física.³⁴

Takahashi³⁵ alerta para situações de contradição e conflito geradas pela “*divergência entre a lógica do cuidado do SUS (assistência e prevenção) e a do INSS (agência seguradora)*”, que surgem na condução dos casos e estão sujeitas a comprometer o tratamento, a prevenção e a reabilitação profissional dos trabalhadores.

O objetivo deste trabalho foi investigar as implicações da hanseníase nas atividades laborais de trabalhadores rurais atendidos no Centro de Referência Estadual para hanseníase do Hospital das Clínicas (HC), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Percurso metodológico

Foi realizada pesquisa qualitativa³⁷ com um olhar voltado para o trabalhador rural acometido pela hanseníase. Utilizou-se como referencial teórico a clínica da hanseníase, com a perspectiva da Saúde do Trabalhador.

Dentre os 214 pacientes em acompanhamento de hanseníase atendidos no setor de Prevenção de Incapacidades e Reabilitação (PIR) do centro de referência em hanseníase do HC-UFMG no período de agosto de 2012 a agosto 2013; 36 se autodeclararam trabalhadores rurais no momento do diagnóstico, independente da forma de inserção no mercado de trabalho. A seleção da amostra foi feita de forma intencional e delimitada com base no método de saturação.³⁷

Foram critérios de inclusão: ser trabalhador rural com diagnóstico de hanseníase confirmado segundo critérios do Ministério da Saúde/ Brasil em acompanhamento no setor PIR-HC, em tratamento ou pós alta por cura, no HC/UFMG no período de agosto de 2012 a agosto de 2013, ter idade superior a 18 anos, disponibilidade de comparecimento ao PIR-HC e concordar com os termos da pesquisa. Foram excluídos aqueles com incapacidade para responder ou que se negaram a responder à entrevista.

Os dados secundários foram coletados da Ficha de Notificação / Investigação do

Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN e do prontuário do HC/UFMG. Investigaram-se variáveis sociodemográficas e clínicas. As informações qualitativas foram obtidas com a aplicação da técnica de entrevista individual, através de roteiro semiestruturado elaborado pelo investigador, baseado na revisão da literatura, buscando abordar as questões de interesse do estudo. O roteiro de entrevista foi submetido a um pré-teste, passando pelos ajustes de forma e de conteúdo que se mostraram necessários. As entrevistas foram realizadas por um único pesquisador. Os registros verbais foram gravados e as transcrições feitas na íntegra mantendo as características do linguajar próprio dos entrevistados buscando considerar a subjetividade dos mesmos.

O tratamento dos dados coletados foi feito pela técnica da análise de conteúdo, na perspectiva de Bardin.³⁸ Da análise de conteúdo dos depoimentos emergiram as seguintes categorias: trabalho rural, hanseníase, incapacidade e trabalho, previdência social, enfrentando a nova realidade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UFMG – COEP, através do parecer nº 490.425, CAAE-23450713.2.0000.5149.

Resultados e Discussão

O estudo foi realizado com 14 trabalhadores rurais, todos residentes na zona rural; na sua maioria (64,28%) procedentes da região do norte de Minas Gerais. Segundo Lana³⁹ essa é uma das regiões do Estado com alta endemicidade para a hanseníase, marcada pela iniquidade social e econômica e considerada uma das mais pobres do país. O sexo masculino foi predominante com 12 (85,72%) indivíduos. Onze (78,57%) indivíduos estavam na faixa etária economicamente ativa e 10 (71,43%) casados. Em relação à escolaridade dez (71,43%) não tinham ensino fundamental completo e dois (14,28%) tinham ensino médio completo. Um dos entrevistados estava em tratamento de recidiva, os demais em alta da PQT e dentre esses, nove (64,28%) em controle de reação e cinco (35,72%) em acompanhamento para PIR.

Quanto à classificação operacional 13 (92,86%) eram MB; do total, 10 (71,43%) tiveram diagnóstico tardio, com algum comprometimento neural, dentre esses o único caso PB. Estes dados nos levam a afirmar que o diagnóstico da hanseníase para essas pessoas foi realizado tardiamente, o que favorece um maior número de manifestações e lesões decorrentes da própria evolução da doença. Esse perfil é amplamente corroborado pela literatura.^{40,10,13}

No momento da pesquisa, quatro pacientes (28,56%) possuíam GI zero e 10 pacientes (71,43 %) apresentavam GI 1 ou GI 2. Dentre esses, ao considerarmos o escore olhos, mãos, pés (OMP), quatro (28,56%) tinham escore dois; um (7,14%) escore quatro e um (7,14%) escore 10. Isso demonstra que metade dessas pessoas com incapacidade

tem mais de um segmento comprometido, sendo que um deles possui cinco segmentos com GI 2.

Trabalho rural

Na roça não tem serviço maneiro. E4

Começando a trabalhar

Na roça as criança já nasce no ritmo... E11

Chama a atenção, por ser lugar comum no relato dos pacientes, o início da vida laboral na infância. Resultado também relatado em estudo de Welle⁴¹ em 67,5% de sua amostra com trabalhadores rurais em São Paulo.

Moreira, Targino e Alberto⁴² relataram que a participação de crianças no processo produtivo agrícola não é um fato novo e identificou que nas pequenas unidades rurais voltadas para a produção de subsistência, elas se inserem no trabalho pela necessidade de contribuir para a renda familiar; auxiliando os pais na produção ou como responsáveis pelo seu próprio roçado.

A Convenção 138 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Constituição Federal do Brasil (Art.227, parágrafo 3º, inciso I)²¹ consideram a idade mínima de 14 anos para ingresso no trabalho na condição de aprendiz e a proibição de qualquer trabalho por menores de 16 anos de idade. A OIT⁴³ considera que a vida laboral está inserida na faixa etária de 16 a 65 anos.

O trabalho na roça

...na roça tudo que ocê pensá... é pesado... cê pode ir prum lado e pensá é leve... mas num é leve não E11

As tarefas que utilizam movimentos repetitivos e posturas forçadas de trabalho representam riscos laborais a que os trabalhadores rurais estão susceptíveis. Costa *et al*¹⁰ destacam a importância da intervenção ergonômica para o desenvolvimento da atividade laboral visando minimização dos riscos, a necessidade em adaptar o trabalho às características e limitações destes agricultores. Os autores apontam que devido ao caráter relativamente disperso desta atividade, do pouco poder de organização e reivindicação dos trabalhadores rurais, a intervenção ergonômica apresenta limitações na sua execução.

Hanseníase: descobrindo a doença

...chegô ao ponto que eu num consegui mais trabalhá... E10

O processo de adoecer se torna relevante para muitas pessoas quando apresenta perda da capacidade para o trabalho. Atre *et al.*⁴⁴ ressaltam que a falta de desconforto

físico, apesar de sua condição de doença, aparentemente, reforça o atraso no diagnóstico para um número significativo de pacientes.

Chamou a atenção que dois entrevistados tiveram caso de hanseníase na família, portanto conheciam os sinais e sintomas da doença, e relataram ter procurado assistência médica somente quando as atividades relacionadas ao trabalho foram comprometidas, reduzindo a renda própria ou familiar: Outro, já tendo os sintomas iniciados há mais de dois anos, se sentiu doente quando apresentou estado reacional, que o limitou nas suas funções básicas de vida diária e o incapacitou para o trabalho. As situações relatadas justificam, em parte, os altos índices de GI/OMS no momento do diagnóstico e os prognósticos pouco favoráveis para as incapacidades.³

Reconhecendo a doença

Os médico lá parece que num entendia das coisa não, nem o médico do INSS lá num sabia. Passei numa dermatologista e nada também, aí eles me mandô pra cá. E14

Ficou evidente nesse estudo o desconhecimento da doença mesmo por profissionais especialistas.

Oliveira⁴⁵ e Araújo⁷ afirmam que a hanseníase pode ser confundida com outras doenças dermatológicas e neurológicas, o que pode dificultar o diagnóstico. Como consequência, gastos desnecessários de tempo e dinheiro, podendo gerar maior disseminação da doença e possibilidades de sequelas.⁴⁶

Van Veen *et al*¹³ demonstraram que a proporção de casos com incapacidade aumenta em 67% quando se têm um atraso no diagnóstico de três a quatro anos aumentando para 81% com atraso superior a quatro anos.

O estigma e o preconceito

... passei... afastamento do povo, medo do povo descobri!
Rejeitação do público é o que acaba, que mata com a gente! E13

Embora atualmente exista tratamento e cura para a hanseníase, a ideia de doença mutilante e incurável ainda existe na sociedade, mantendo o estigma associado a esta doença. Balaiardi⁴⁷ aponta para possíveis repercussões negativas na vida social e profissional em consequência das dificuldades sentidas pelos indivíduos para lidar com a doença.

Segundo Cruz⁴⁸ o diagnóstico da hanseníase representa uma ameaça à imagem que as pessoas buscam projetar para o mundo social e para si mesmas. Para esse autor, o estigma é socialmente produzido e não uma consequência natural da hanseníase. Santos, Castro e Falqueto⁴⁹ afirmam que sentimentos negativos associados à hanseníase podem

levar as pessoas a ocultarem a doença como estratégia para evitar a sua estigmatização, levando-as a se privarem do contato social, de atividades de geração de renda. É importante destacar que, no momento das entrevistas, tais relatos vieram carregados de um intenso sentimento de revolta com a abordagem dispensada a ele, indicando que a angústia vivenciada ainda é muito presente.

... cê tá doído? Cê num pode fazê isso não! Num pode fazê isso não! Cê levá gente dentro do seu carro!... Cê num pode dormi com a sua mulher não... cê é um paciente que não entende as coisa, que não compreende nada... cê tá liberado! Eu fui, levantei e saí. E13

A fala desse paciente a respeito do preconceito sofrido em um atendimento médico em sua cidade, na década de 80, traz toda a indignação pela situação vivenciada à época. Eidt⁵⁰ considera a condição de ser doente como uma experiência existencial dolorosa, pois o isolamento compulsório, no passado, contribuiu para a marginalidade ainda existente.

Um paciente declarou ter evitado contato próximo com as pessoas, situação que Claro⁵¹ define como auto estigmatização.

... no início eu ia conversar com uma pessoa, eu virava a cara assim, mesmo a médica falando que depois que tomasse o remédio eu não era transmissor mais, isso me matava. Eu exigi da minha mulher que separasse os meus objetos todos , meu copo, meu talher, meu sabonete, a minha bucha E5

Estudos destacam a aliança com a família como um forte componente da rede de apoio do indivíduo.^{52,53} O envolvimento da família e de membros da comunidade é visto como uma estratégia importante para empoderar as pessoas afetadas pela hanseníase, estimulando-as a exercer papel ativo em seu processo de reabilitação, e para reduzir ainda mais o estigma⁵⁴. Por outro lado, a família pode reforçar a exclusão social, atuando como fonte de sofrimento:

...família mesmo eu fiquei isolado... eu acho assim... que eles tem medo. E3

De acordo com Feliciano e Kovacs⁵² a combinação do preconceito social, da limitação funcional e do sofrimento humano que acompanham a hanseníase explica por que a doença foi considerada mais temida do que outras, inclusive doenças fatais.

Tratamento e a incapacidade

Depois do pobrema o braço num tinha força... num fosse o dedinho eu falava que tava 100%. E14

Foi surpreendente o fato de somente um paciente ter relatado a deformidade física como única responsável pela redução da capacidade de trabalho. Não esteve presente a

queira de insatisfação com o trabalho, os relatos se referiam a limitações físicas percebidas após o adoecimento. Estudo com trabalhadores rurais afetados pela hanseníase revelou que 12% apresentavam deformidades, entretanto continuaram a trabalhar a fim de evitar a dependência financeira de seus familiares e a perda de dignidade.⁵⁴

Situações relatadas com frequência nesse estudo foram as limitações na capacidade para o trabalho geradas pela medicação usada no tratamento da hanseníase e das reações. A identificação da saúde com a capacidade de trabalho e bem-estar pode prejudicar a percepção de que o tratamento para hanseníase realmente pode conduzir à cura. É estranho para as pessoas um tratamento que, constantemente, causa indisposições e mal-estar, possa, ao mesmo tempo, promover a cura.^{46,55} Goulart⁵⁶ alertou para a importância dos efeitos colaterais das drogas utilizadas no tratamento da hanseníase, na medida em que poderiam prejudicar o rendimento desses indivíduos em seus trabalhos e até mesmo incapacitá-los.

Apesar da descentralização do controle da hanseníase, estudo realizado por Lana & Lanza⁵⁷ indica que a cobertura da ESF não assegura acesso às ACH para a totalidade da população, situação mais evidente na população rural, que apesar de ter conquistado grandes melhorias, ainda permanecem como uma população menos favorecida.

A cura

... eu sei lá... tem horas que eu fico sem acreditar..."E5

A ideia da cura ainda é representada pelo paciente como um retorno a um estado inicial onde não havia sinais e sintomas da doença⁵¹. Viver a experiência de uma doença que pode deixar como sequelas áreas insensíveis ou graves deformidades ou mesmo a necessidade de manter o uso de medicamentos e controle frequente nas unidades de saúde, às vezes por anos, provoca dúvidas em grande parte dos pacientes quanto à eficácia do tratamento e à cura.

Ficou evidente no relato de pacientes a afirmação de sentirem-se “quase curados”, que ainda são “portadores da doença” percebendo a possibilidade de cura como relativa por ainda precisarem de assistência de saúde.

...Cê sabe eu sô negativo, tem a carta do médico lá...mais a coisa continua. Só parei de toma remédio né, isso eu parei...tem as sequelas né...que continua. pra todo mundo. Eu tô falano porque eu sô portadô...isso estraga mesmo a pessoa., eu sô prova das coisa E 13

Incapacidade e trabalho

Tudo mudô na minha vida depois dessa doença...
num podê trabaiá direito né. E14

A maioria dos participantes do estudo (92,9%) relatou restrição ou interrupção das suas atividades laborais devido a incapacidades temporárias ou permanentes em decorrência da hanseníase. Dentre elas podemos apontar as alterações primárias do comprometimento neural, os efeitos colaterais da medicação e os fatores ambientais. A ausência do paciente em suas atividades profissionais, por motivos de efeitos adversos à PQT associados às consultas mensais e estados reacionais próprios da doença, pode ser considerada onerosa, gerando intolerância no meio patronal e acarretando demissões. Tais ocorrências constituem um sério problema econômico e geram um imenso custo sócio.

... cê simplesmente num vale o que eu tô te pagano... cê num precisa voltá... E12

A diminuição na capacidade para o trabalho foi associada pela maioria dos pacientes aos efeitos colaterais da medicação utilizada tais como: tontura, cãimbra, cansaço, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, glaucoma, trombose. A fraqueza e a dormência, assim como a intolerância à exposição solar foram fatores também relatados e, com menor frequência, mas de grande impacto está o estigma e preconceito sofridos.

Vulnerabilidade social

Eu não respeitava os limite... eu começava a melhorá, lá vai eu com a enxada nas cacunda trabalhá! Eu sempre ultrapassei ele... trabalhei mesmo sem guentá. E2

Simões & Delello⁵⁹ apontam a capacidade de trabalho como uma forma de autorrealização, principalmente para os homens, responsáveis por garantir o alimento da sua família. Neste estudo, aqueles pacientes que tiveram o auxílio previdenciário negado, independentemente do gênero, minimizaram os sintomas percebidos para se manterem produtivos mesmo à custa do agravamento do quadro clínico e do risco de desenvolverem deformidades permanentes. Alguns relataram que não seriam mais capazes de trabalhar com horário rígido ou com encarregado “cobrando” a execução das tarefas com determinado prazo devido às limitações físicas apresentadas, e que contavam com a compreensão e o apoio de familiares e do patrão. Esses achados já foram descritos na literatura.⁶⁰

A inserção profissional sem vínculos com a previdência social, em subempregos e em trabalhos precários, decorrentes da desigualdade social e econômica, pode agravar as incapacidades físicas no caso de alguns portadores de hanseníase levando à diminuição da capacidade de trabalho e limitação na vida social.^{60,61} Trabalhadores informais, frente a dificuldades financeiras e de falta de proteção social, podem antecipar o retorno ao trabalho antes do recomendado.⁶²

Em estudo sobre fatores relacionados à prevalência de incapacidade física,

Ribeiro⁶³ aponta para a geração de um ciclo de pobreza quando se alia o diagnóstico de hanseníase em pessoas economicamente ativas à baixa escolaridade, à necessidade de afastamento do mercado trabalho e à precária renda familiar. As pessoas com deficiência encontram mais dificuldade em se beneficiarem das oportunidades para sair da situação de vulnerabilidade social.

A importância do acolhimento e do reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho nas ações de atenção à saúde do trabalhador como forma de melhorar a autoestima e a autoconfiança dos trabalhadores, é essencial para a criação de mecanismos positivos de enfrentamento, que refletirão na melhora do desempenho e da funcionalidade.⁶⁴

Previdência social

Trabaiá sem tá guentano? E6

A hanseníase pode ser tratada sem necessidade de afastar o indivíduo de suas atividades, seu potencial incapacitante está relacionado principalmente aos estados reacionais, à neurite e às complicações sistêmicas.⁶⁵ Observou-se a dificuldade da perícia médica em apreender as queixas dos pacientes relacionadas à incapacidade e ao relato de efeitos colaterais da medicação específica ou do tratamento das reações, fato comum e já descrito como fator limitante para o trabalho.¹¹

A minha condição nessa época era ruim demais... eu num tava aguentano mesmo, tendeu?... eu num guentava trabaiá... .o perito simplimente falô: cê tá bom... cê começo a pagá, eu num vô passá ocê não, cê começo a pagá porque cê tá precisano, senão cê num ia pagá...aí dexô a gente muito omilhado, inclusive... E12

A “invisibilidade” das situações descritas pode dificultar a credibilidade dos sintomas e das incapacidades pela perícia médica, apesar de estarem descritos na Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade Laborativa em Portadores de Hanseníase.⁶⁵

Os surtos reacionais da hanseníase podem ser frequentes durante o tratamento ou mesmo após a cura, podendo durar meses e acarretar incapacidade temporária, podendo justificar a concessão do benefício previdenciário.⁶⁵

A baixa escolaridade predominou na população estudada, o que é considerado fator limitante tanto para o conhecimento sobre proteção social quanto para as ações de prevenção de incapacidades e colocação profissional do indivíduo. Restringindo assim a própria cidadania¹¹

As pessoas que tiveram o benefício negado expressaram a ideia de que esse

poderia compensar possíveis perdas materiais pelo tempo em que a capacidade de trabalho foi reduzida.

Outra situação observada foi a aposentadoria por incapacidade, na qual o beneficiário, sendo considerado incapaz para o trabalho, não pode estar inserido no mercado de trabalho mesmo como trabalhador informal o que é verdadeiro também para o beneficiário que recebe o auxílio doença. Alguns entrevistados relatam a sua compreensão a respeito:

... a gente é muito excluído! Já pensô a gente aposentá aí com o auxílio doença...né, aí então é... a gente fica numa situação precária... cê nunca vai podê trabalhá... né, cê nunca vai podê fazê nada... se eu guentasse trabalhá eu já tirava esse NSS de lá e pronto. E11

Considerando o estigma ainda fortemente associado a doença, afastamentos desnecessários ou prolongados podem contribuir para reforçar o preconceito. O incentivo e a orientação ao indivíduo para a sua readaptação, atendendo ao mercado de trabalho, são práticas que ajudam de forma efetiva.

Maeno & Vilela⁶⁶ afirmam que a redução de despesas com benefícios previdenciários ainda é predominante, sem que prevaleça a garantia dos direitos sociais constitucionais. Para esses autores, trabalhadores com longo tempo de afastamento do trabalho têm tido cessações de benefícios, ainda que apresentem incapacidade parcial, sem que seja promovido um processo de reabilitação profissional adequado.

Enfrentando a nova realidade

O que eu passei num foi bom não, mas hoje tá bom e se Deus quisé vai fica melhó... E7

Foram relatadas alterações significativas na vida desses trabalhadores e ficou evidente a subjetividade no enfrentamento das situações apresentadas. Riquinho⁶⁴ reitera que nas situações de doença o que diferencia os sujeitos em relação a suas concepções e a suas escolhas são reflexo do seu contexto de vida, como as experiências vividas e a capacidade de mobilizar recursos sociais. Apesar de terem sofrido modificações em suas vidas, o trabalho foi referido como uma atividade que qualifica, mas que requer grande esforço físico, uma rede de apoio familiar e social, sendo esse um desafio a ser enfrentado.

Com relação às expectativas para o futuro, a pesquisa aponta que para alguns a vida é responsável por trazer soluções, abrir os caminhos, para outros, a perspectiva é de construir novas saídas, sendo aí demarcada a forma singular de lidar com sua doença.

... ainda tô estudano, vê se consegue alguma coisa mais fácil né... assim... que a gente vê que num é pesado, como é assim trabaíá na roça né. E8

As expectativas variam de acordo com a percepção de cada um sobre sua condição de sobrevivência após a doença, que vai de se aposentar a construir novos sonhos com o estudo, por exemplo.

Considerações finais

Esse estudo trouxe para discussão um tema ainda pouco explorado no extenso universo das pesquisas a respeito da incapacidade na hanseníase: o trabalho rural. Apresenta como limitações a especificidade de ser uma população de um centro de referência, e o fato de a pesquisadora ser o profissional de referência no acompanhamento dos participantes da pesquisa.

A relação com o trabalho mostrou-se muito intensa para essas pessoas, foi expressa na dualidade entre a realização e o sofrimento por ele gerados. Nesse contexto, em que o corpo e a capacidade física são as principais fontes de subsistência e reprodução social, ficou evidente a fragilidade da proteção social e das políticas públicas frente a essa população.

Referências

1. BRITTON, W.J., LOCKWOOD, D.N.J. Leprosy. **The Lancet**, v.363, p.209-19, 2004.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades: Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase**. Brasília;2008.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional** [recurso eletrônico] Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 58p
4. VAN BRAKEL, W.H. Measuring leprosy stigma- a preliminary review of the leprosy literature. **Int J Lep Other Mycobac Dis**, v.71, p.190-7, 2003.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase: Atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília; 2002. 177p.
6. NERY, J.A.C, VIEIRA, L.M.M, MATOS, H.J., GALLO, M.E.N., SARNO, E.N. Reactional states in multibacillary hansen disease patients during multidrug therapy. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, v.40, p.11-17, 1998.
7. ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba, v.36, p. 373-82, 2003.
8. MONTEIRO, L. D. *et al.* Evolução de incapacidades em hanseníase no período pós alta da poliquimioterapia em um município no norte do Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, p.909-20, 2013.
9. GROSSI, M. A. F. *et al.* Caracterização da demanda pós-alta de hanseníase sem Serviços de saúde de

Minas Gerais-Brasil: contribuição para a sistematização da assistência. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, p. 13-24, 2009.

10. COSTA, M.D, *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase tratados em centro de referência. **An Bras Dermatol**, v.87, p.26-35, 2012.
11. CORRÊA, C.M.J. IVO, M.L. HONER, M.R. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um Centro de Referência do Centro-Oeste Brasileiro, entre 2000-2002. **Hansenologia Internacionalis**, v. 31, p. 21-8, 2006.
12. VAN BRAKEL, W. H. Peripheral neuropathy in leprosy and its consequences. **Lepr Rev**, v.71(Suppl), p.S146–53, 2000.
13. VAN VEEN, N.H., MEIMA, A., RICHARDUS, J.H. The relationship between detection delay and impairment in leprosy control: a comparison of patient cohorts from Bangladesh and Ethiopia. **Lepr Rev**, v.77, p.356–65, 2006.
14. OPROMOLLA, D. V. A. Terapêutica multidroga. **An Bras Dermatol**, v.65, p.37-40, 1990.
15. DUERKSEN F. Reabilitação. In: Opromolla DVA, Baccarelli R, organizadores. **Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase**. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; p. 3-4. 2003.
16. TALHARI, S, *et al.* **Hanseníase**. 5. ed. Rio de Janeiro: Di Livros, 248 p. 2015.
17. GARBINO, J. A., *et al.* **Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento da Neuropatia . 2003.
18. WALKER, S.L., LOCKWOOD, D.N.J. Leprosy. **Clinics in Dermatology**, v.25, p. 165-72, 2007.
19. CROFT, R.P *e cols.* A clinical prediction rule for nerve function impairment in leprosy patients. **Lancet**, v.355, p.1603-6, 2000.
20. TALHARI, S.; NEVES, R.G.; PENA, G.O.; OLIVEIRA, M.L.V. **Dermatologia Tropical: Hanseníase**. 4ªed. Manaus: Editora Tropical, 2006.
21. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p.1988.
22. DIAS, E. C., HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Cien Saúde Colet**, v.10, p.817-28, 2005.
23. MARX, K. **O capital. Crítica da economia política**. 20º Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
24. MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde públ.**, S.Paulo, v.25, p.341-9,1991.
25. MINAYO-GOMEZ, C. M.; THEDIM–COSTA, S. M. F. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.
26. LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 757-66, 2007.
27. PAIDA, Z. Trabalhador rural. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 24 abr 2012. Disponível em: [HTTP://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.36550&seo=1](http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.36550&seo=1).
28. DIAS, E. C. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. **Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador - RENAST Saúde do trabalhador**.Org. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, 2006.
29. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA [website], (http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao.shtm, acesso em 19 setembro 2014).
30. OLIVEIRA, T. A. P. *et al.* Estudo das incapacidades dos casos notificados de hanseníase em uma Gerência Regional de Saúde do Vale do Jequitinhonha entre 2001 e 2008. **Hansen Int**,v.35, p.45-52, 2010.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization World report on disability 2011**

32. OMS - Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: Edusp, 2003.
33. FARIAS, N. ; BUCHALLA, C. M. A. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.8, p.187-93, 2005.
34. SAMPAIO, R. F. *et al.* Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática do fisioterapeuta. **Rev. Bras. Fisioter**, v.9, p.129-136, 2005.
35. DIFFEY B, *et al.* The effect of leprosy-induced deformity on the nutritional status of index cases and their household members in rural South India: a socio-economic perspective. **Eur J Clin Nutr**, v.54, p.643-9, 2000.
36. TAKAHASHI, M. A. B. C; IGUTI, A. M. Práticas de reabilitação n profissional da previdência social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.2661-70, 2008.
37. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: ABRASCO, 2010.
38. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3.ed.Lisboa: Edições 70,Ltda; 2004.
39. LANA, F. C. F. *et al.* Detecção da hanseníase no vale do Jequitinhonha – Minas Gerais: redução da tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico? **Hansen. Int**. Bauru, v.29, p.118-23, 2004.
40. RODRIGUES, L.C, LOCKWOOD, D. N. J. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. **Lancet Infect Dis**, v.11, p.464-70, 2011.
41. WELLE, M. C. S. **Fadiga e capacidade para o trabalho entre trabalhadores rurais de flores e plantas da região de Holambra- SP**. 2008. 82f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Programa de Pós graduação em Enfermagem. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Federal de Campinas, Campinas.
42. MOREIRA, E. R. F; TARGINO, I; ALBERTO, M. F. P. Condições e organização do trabalho precoce na agricultura e seus impactos sobre a saúde. **Cadernos do Logepa**, João Pessoa, v.1, p.59-70, 2002.
43. ZORAIDE, A. D. S. A organização internacional do trabalho – OIT. **Revista da Faculdade de Direito de Campos**, Campos dos Goytacazes. v.7, p.425-65, 2006.
44. ATRE, S. R. *et al.* Perceptions, health seeking behaviour and access to diagnosis and treatment initiation among previously undetected leprosy cases in rural Maharashtra, India. **Lepr Rev**, v.82, p.222–34, 2011.
45. OLIVEIRA, M. H. P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cad. Saúde Pub**, v.14, p.51-60, 1998.
46. QUEIROZ, M. S. & CARRASCO, M. A. P. People with Leprosy in Campinas, Brazil: An Anthropological Perspective. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v.11 p.479-490, 1995.
47. BALAIARDI, K. S. The Hansen’s disease stigma: an account of a group experience with Hansen’s disease patients. **Hansenol Int**, v.32, p.27-36; 2007.
48. CRUZ, A. Seven things I’ve learned from leprosy viewpoint. **“WHO Goodwill Ambassador’s Newsletter”**, n.70, October 2014.
49. <http://www.smhf.or.jp/e/ambassador/index.html>. acesso em 08 nov, 2014.
50. SANTOS, A. S, CASTRO, D. S, FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão de Hanseníase. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61(esp), p.738-43,2008.
51. EIDT, L. M. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. **Hansenologia Internationalis**, v.29, p.21-7; 2004.

52. CLARO, L. B. L. **Hanseníase: representações sobre a doença**. Rio de Janeiro: Cortez, 1995.
53. FELICIANO, K. V. O, KOVACS, M. H. Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase no município de São Paulo. **Rev Panam Salud Publica**, v.1, p.112-17, 1997.
54. GARCIA, J. R. L. *et al*. Considerações psicossociais sobre a pessoa portadora de hanseníase. In: Opromolla DVA, Bacarelli R, organizadores. **Prevenção de Incapacidades e reabilitação em hanseníase**. Bauru (SP): Instituto Lauro de Souza Lima; p. 25-30; 2003.
55. KARTIKEYAN, S., CHATURVEDI. R. M. ICRC Anti-Leprosy Project, Solapur. Pattern of leprosy deformities among agricultural labourers in an endemic district: a pilot study. (PMID:1431326) **Indian Journal of Leprosy**, v.64, p.375-79,1992.
56. BAKIRTZIEL, Z. Identificando barreiras para aderências ao tratamento de hanseníase. **Cad. Saúde Pública**, v.12, p.497-505, 1996.
57. GOULART, I. M. B., LOPES, V. R., MASSUDA, D. Fatores que interferem no controle da hanseníase na rede básica de assistência à saúde. **Hansenologia Internationalis**, v.16, p.7-15, 1991.
58. LANA, F. C. F.; LANZA, F. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.14, p. 343-53, 2012.
59. ARAÚJO, R.R.D.F., OLIVEIRA M.H.P. A irregularidade dos portadores de hanseníase aos serviços de saúde. **Hansen int**, v.28, p.71-8, 2003.
60. SIMÕES, M. J. S; DELELLO, D. Estudo do comportamento social dos pacientes de hanseníase do município de São Carlos – SP. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, p.10-15, 2005.
61. HELENE, L.M.F. et al. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. **Hansen Int.**, v.26, p.5-13, 2001.
62. DUARTE, M. T. C; AYRES, J. A; SIMONETTI, J. P. Socioeconomic and demographic profile of leprosy carriers attended in nursing consultations. **Rev Latino-am Enf**; v.15 (esp), p.774-9, 2007.
63. COCKELL, F.F., PERTICARRARI, D. Retratos da informalidade: a fragilidade dos sistemas de proteção social em momentos de infortúnio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 1709-18, 2011.
64. RIBEIRO, G. C. **Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em Hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais**. 2012. 121f.Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós graduação da Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte.
65. RIQUINHO, D. L, GERHARDT, T. E. Doença e Incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, p.320-32, 2010.
66. BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social, Diretoria de Benefícios. **Orientação Interna nº 163 INSS/DIRBEN, de 23 de março de 2007 – Aprova a Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade Laborativa em Portadores de Hanseníase**. Brasília: INSS, DIRBEN, 2007.
67. MAENO, M; VILELA, R. A. G. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Rev. Bras. Saúde Ocup**. São Paulo, v. 35, n. 121, jun. 2010.

Mães Órfãs na hanseníase: narrativas de quem viveu violação de direitos

Adriana Fernandes Carajá
Mônica Garcia Pontes
Eni Carajá Filho
Gabriela Maciel Reis

Elza Machado de Melo
Alzira de Oliveira Jorge
Marcelo Grossi Araújo

Resumo

A história mostra que durante grande parte do século XX, as mulheres que tiveram hanseníase foram impossibilitadas de exercer o papel materno devido às políticas segregacionistas e higienistas adotadas pelo Estado brasileiro. Com a justificativa de conter essa doença, considerada um mal social, crianças foram afastadas de seu convívio familiar, proibidas de serem amamentadas e encaminhadas para os preventórios. O objetivo deste texto é apresentar uma reflexão a partir de narrativas de mães acometidas pela hanseníase que tiveram seus filhos retirados compulsoriamente pelo Estado. Trata-se de informações exploradas em uma dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Promoção da Saúde e Prevenção da Faculdade de Medicina da UFMG. Foram analisados trechos de três narrativas de mães atingidas pela doença que vivenciaram as separações. A história dessas mulheres mostra que a tentativa do poder público de resolver o problema na época violou o direito à maternidade provocando o afastamento dos filhos de seu convívio, o que culminou em rejeição social e familiar. Trazer as memórias dessas histórias de vida, e assim refletir sobre as consequências e sequelas sociais vivenciadas, além de ser uma tentativa de evitar que ações higienistas como essas sejam utilizadas em outros momentos e situações, revisitando e aprendendo com os erros do passado.

Palavras-chaves: *Hanseníase, vulnerabilidade, segregação social, violências, violação aos direitos humanos.*

Apresentação

Aqui as mães ficavam separadas dos filhos, tinha muitas que pulavam no rio para morrer, suicidava por causa da separação (NARRATIVA DE ORQUÍDEA).

Esse capítulo é um recorte de uma pesquisa que teve início nas discussões do grupo de Instituições Totais, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, e que, posteriormente, foi incorporada à frente Mães Órfãs do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da mesma instituição.

Um dos produtos desta pesquisa é a dissertação: Diário Cartográfico das mães que perdem seus filhos e filhas pelas mãos do Estado: Paisagens que se repetem¹. O objetivo principal desta pesquisa foi apontar as similaridades e as singularidades entre situações de mães cujos bebês foram retirados pelas mãos do Estado, em diferentes momentos históricos e territórios.

Este estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa do tipo interferência, ou seja, aquela que trabalha entendendo o pesquisador como atuante no contexto pesquisado, mas que não admite uma intervenção sobre o outro, apenas reconhecendo, a partir da interação, a presença de ruídos e incômodos que possam ocasionar deslocamentos do discurso institucional e pessoal².

Durante a elaboração do referencial teórico recorreu-se à produção de uma caixa de ferramentas e a um diário cartográfico com registros das experiências de campo. Para tanto, foram seguidos e observados os protocolos internacionalmente recomendados para os estudos que envolvem seres humanos

Neste capítulo serão apresentados extratos das narrativas de três mulheres que retrataram as ações higienistas que culminaram no isolamento e internação compulsória de pessoas atingidas pela hanseníase, assim como resultaram em diversos casos de mães acometidas pela doença que tiveram seus filhos retirados. Essas situações ocorreram ao longo do século XX e perduraram por anos e anos sob vários argumentos. As narrativas foram subsidiadas por entrevistas feitas e transcritas, as quais ocorreram em duas ex-colônias de hanseníase de Minas Gerais, localizadas em Betim e Bambuí, no período de agosto de 2017 a fevereiro de 2019. Foi utilizado um roteiro com questões norteadoras para a conversa envolvendo as percepções das mães quanto à separação dos seus bebês¹.

As entrevistas foram antecedidas por uma busca bibliográfica no acervo na Biblioteca José Mariano Neto do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) na Casa de Saúde Santa Isabel em Betim, na biblioteca virtual

na página do MORHAN, além da análise documental de legislações, relatórios, cartas e demais registros disponíveis acerca do tema.

Acredita-se que, ao compartilhar tais fragmentos narrativos, estimulou-se uma importante reflexão acerca das consequências da institucionalização de mulheres e crianças na sociedade brasileira. Afinal, milhares de pessoas foram levadas para os antigos hospitais colônias ou ficaram isolados em vilarejos, submetidos aos preventórios e, nesse processo, tanto essas colônias como os preventórios tinham na sua concepção e funcionamento características de instituições totais³.

Em nossa sociedade essas instituições estão presentes de várias formas e são definidas como um espaço destinado a pessoas segregadas ou impedidas de se relacionar com o restante da população. Várias imposições e regras limitam o convívio a um único local, por um longo período de permanência. Todas as atividades de vida diária são realizadas no mesmo ambiente. Este conceito institucional destina-se à grupos considerados 'inaptos' ao convívio social, de maneira intencional ou não³.

Considera-se que a política de isolamento da hanseníase deixou marcas irreparáveis na vida das pessoas, das famílias e na sociedade. Esse texto, ao trazer trechos de narrativas de quem vivenciou uma política segregacionista, pode nos apontar caminhos para superação de violências. É importante destacar que medidas como essas atualmente tem sido reeditadas pelo Estado, como no caso da retirada compulsória de filhos de mulheres em situação de vulnerabilidade e risco social em vários municípios brasileiros⁴. Uma fonte potente de informações acerca da retirada compulsória de filhos de mães em situação de vulnerabilidade social em cenários diversos do Brasil pode ser encontrada na edição especial da Revista Saúde em Redes, publicada em 2018, que reúne vários artigos com narrativas de mães, reflexões de trabalhadores, gestores e pesquisadores sobre o tema⁴.

A discussão e o resgate histórico do impacto do processo de segregação na vida das pessoas e a denúncia de políticas de saúde que levaram à violação de direitos humanos, com o objetivo de evitar que elas se repitam é, portanto, relevante e atual.

Histórias por detrás do abandono

Você imagina colocar uma criança dentro de uma sacola, uma sacola grande. Não é porque vou entregar uma roupa, na casa de fulano de tal, né? Fechava a sacola, passava com a criança dentro, como se fosse mesmo. Se por acaso a criança chorasse, falava que era rádio.
(NARRATIVA DE MARIA FLOR)

Durante grande parte do século XX, as mulheres acometidas pela hanseníase foram impossibilitadas de exercer a maternidade, devido às políticas públicas isolacionistas

e higienistas adotadas pelo Estado para o controle da doença, considerada um problema de saúde pública. Vale alertar que se tratava de práticas sanitárias integradas ao processo de urbanização e limitadas a um conjunto de ações que levariam ao controle de doenças de coletividades de maneira vinculada aos interesses das classes dominantes e sem se debruçar sobre as complexidades das dinâmicas sociais. Os filhos, ao nascerem, eram retirados das famílias e levados imediatamente para abrigamentos compulsórios. A narrativa de Maria Flor denuncia essa prática de segregação:

Minha família, oriunda da capital, foi recolhida para uma internação compulsória, meu pai, minha irmã e eu. Logo que internei fui para o Pavilhão de crianças e depois fui para casa de meu pai, que também teve hanseníase, nasci seis meses depois que meu pai foi internado em maio de 1937. (NARRATIVA DE MARIA FLOR)

A percepção de que as pessoas com hanseníase seriam uma ameaça à vida de outros, porque transmitiam a doença, justificou os isolamentos. Violências foram sendo gravadas nos corpos e no mais íntimo da subjetividade de quem já sofria com o diagnóstico. O processo de mortificação do 'eu' que ocorre na internação compulsória de sujeitos que ameaçam a sociedade de alguma forma, fez parte da vida de todas as pessoas que tiveram hanseníase³. No caso das mães e das crianças, a amplificação desse processo pode ser entendida a partir da destruição do vínculo entre a mãe e suas filhas e filhos, retirando sua autonomia e a concepção de si mesma. Pode-se dizer que elas passaram por um processo de estigmatização, sendo destituídas duplamente de seu contexto social, além de sofrer um rebaixamento pessoal⁵.

Do lado das filhas e filhos, esta degradação interna que cada sujeito vivenciou, resulta em uma total exclusão endógena do conceito de pertencimento não só familiar, mas porque não dizer social, uma vez que a alusão contida no ideário da grande maioria dos seres está voltada para a participação em um seio familiar, por mais diverso que este seja. Por sua vez, da parte dos doentes, a impotência frente ao sistema repercute diretamente no pertencimento que este tem de seu papel enquanto cidadão e até mesmo ser humano¹. Submetidas a constrangimentos diversos e inseridas em contextos sociais precários, as famílias foram sofrendo violações de direitos múltiplas e sobrepostas. Aparatos repressivos foram sendo instituídos ao longo dos anos e sustentaram as separações.

Uma das legislações definidoras deste marco trazia a questão de ruptura do vínculo familiar. Trata-se do Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923, que discorria sobre a política de profilaxia da hanseníase no Brasil e também determinava que o Ministério da Justiça e Negócios Interiores fosse responsável pelos serviços de higiene e saúde pública, assumindo, então, a profilaxia das doenças transmissíveis em geral⁵.

Em seu artigo 148, alínea 'f', previa que os filhos dos "leprosos", ainda que apenas com um dos genitores, portador da doença, deveriam ser mantidos em seções especiais,

anexas às áreas de pessoas sadias dos estabelecimentos de “leprosos”, para onde deveriam ser levados imediatamente após o nascimento.

Já a lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, estabeleceu que todos os doentes de “lepra” fossem impossibilitados de exercer o convívio familiar, levando assim suas filhas e filhos para preventórios, educandários, reformatórios, pupileiras, aprendizado ou famílias substitutas. Além disso, sabe-se que essas meninas e meninos ainda eram encaminhados para adoções irregulares, para locais indefinidos e até mesmo ilegais. Os artigos 15 e 16 dessa lei obrigavam o afastamento de recém-nascidos de doentes de “lepra” do convívio com os pais. As crianças nesta condição eram encaminhadas para um “meio familiar adequado” ou para preventórios especiais⁵.

Ainda sobre a mesma normativa, os artigos 24 e 26, incumbiam ao Estado a prestação de ampla assistência social aos doentes e às suas famílias, referindo-se, nesse trecho, às crianças comunicantes com os doentes de “lepra” e os demais membros da família. Descreviam ainda que as crianças que tinham contato com os doentes e eram internadas em preventórios ou colocadas em “lares adequados” teriam assistência social, educação moral e cívica, assim como teriam direito de praticar recreações. Sabe-se, porém, que nessas instituições eram praticadas diversas formas de violências contra as crianças: maus-tratos, agressões, abuso sexual, trabalho forçado e uso desordenado de sedativos, além de haver a prática ilegal de adoção de internos e o desaparecimento deles⁵.

Assim, os dispositivos normativos implementados, a partir de 1949, refirmaram e endureceram as políticas segregacionistas para os filhos de pessoas com diagnóstico de hanseníase. Deve ser dito que à essa época já existia tratamento comprovadamente eficaz para a doença com a chegada das sulfonas¹.

Os espaços construídos pelo Poder Público se assemelhavam aos modelos arquitetônicos de outras instituições totais como, por exemplo, das prisões, conforme as impressões de Maria Flor:

Sempre morei na colônia e lá tinha uma corrente lá na frente, ou seja, na rua Padre Damião de Malokai. (NARRATIVA DE MARIA FLOR)

Orquídea que vivenciou a política de segregação da hanseníase relatou:

Não, porque naquela época, a gente era obrigada a internar a separar da família, quer dizer que era por intermédio da, como é que fala, médicos. Os médicos já punham medo na família, falava que a doença pegava. Então por intermédio da coisa, é onde eu acho que teve a separação. (NARRATIVA DE ORQUÍDEA)

A ausência de contato físico é também ressaltada pelas entrevistadas, marcando o relacionamento entre as mães e suas crianças. Violeta descreve, com suas palavras, a

seqüência dos fatos que se seguiam após o nascimento das crianças na colônia:

Cabava de ganhar os menino, ia la pra baixo, Irmã Alfazema, que oiava, e de la quando es jeitava pra es ir imborã ajeita e ir embora pra Belzonte, e aquela que queria ve os fios se fosse lá, assim mesmo via de longe, antes, não podia (...).(NARRATIVA DE VIOLETA)

Maria Flor manifesta, em tom de angústia, o sofrimento vivenciado por ela na época da segregação, demonstrando como uma abordagem desumanizada e tecnicamente isolada pode ter consequências na própria condição de saúde dos pacientes:

Eu acho que com a separação, eu fiquei muito debilitada, adoeci ainda mais. Tive crises e crises mesmo de hanseníase que dava reação, e dava dores demais da conta (...).(NARRATIVA DE MARIA FLOR)

O medo da contaminação se sobrepunha às ações humanitárias e desconsiderava os laços afetivos entre as pessoas. As justificativas biológicas firmavam-se como prioritárias sobre as condições humanas subjetivas, conforme o depoimento de Violeta:

Essa separação na época era pur causa de lei e pa que as crianças e outras pessoa num pegasse essa duença. (NARRATIVA DE VIOLETA)

Essas mães atingidas pela hanseníase, mesmo expostas a situações conflituosas, provaram repetidamente a capacidade de superar as barreiras impostas e as dificuldades encontradas, além de apontar perspectivas de construir um futuro. Nesse sentido, a repetição da expressão “eu venci” por Orquídea marca sua resiliência e a determinação dessas pessoas:

E até hoje, graças a Deus, o resto da família que ficou tem ligação comigo, mas graças a Deus, venci.(...) Era, então, vou te falar foi uma coisa muito triste, uma vida muito sofrida, mas venci.(NARRATIVA DE ORQUÍDEA)

Essa afirmação pode ser confirmada por distintos comportamentos de boa parte das mulheres que perderam seus filhos devido às separações impostas pelo Estado. É importante destacar que algumas dessas mães desenvolveram aversão ao convívio com crianças nas colônias e em outras afloraram o sentimento de maternidade. As últimas, adotaram bebês ou cuidaram das crianças que viviam nesses ambientes, agindo como se fossem madrinhas deles e outras ainda pareciam alheias à situação como se não acreditassem que tudo aquilo estaria acontecendo com elas. Na narrativa de Orquídea observamos que ela optou pela adoção:

Era só da minha família que me discriminava, nunca vieram ninguém aqui né, dos meus parentes, minha filha é que vem, aí eu

peguei, adotei um menino com meia hora de nascido, quando eu já estava aqui há bastante tempo, era casada de outro casamento, meu marido desse outro casamento, morreu também, e adotei esse menino.
(NARRATIVA DE ORQUÍDEA)

A opção de Orquídea pela adoção pode ser interpretada como um sentimento de refúgio ou fuga dos problemas acarretados pela separação abrupta de sua filha. As mulheres que sofreram esse tipo de situação, em sua grande maioria, demonstram sentir uma significativa frustração existencial.

Uma curiosidade, boa parte dessas mães que perderam seus bebês tinham bonecas como presentes favoritos. Essas bonecas simbolicamente eram colocadas no lugar dos filhos perdidos e funcionavam como uma forma de adoção a fim de amenizar o sofrimento, pois ao oferecerem para as bonecas o carinho e o acalento, era como estivessem com seus filhos ⁶.

Por outro lado, nos preventórios “há relatos de que entregavam para as crianças brinquedos com os dedos e membros cortados numa alusão à condição física dos genitores”⁶ (p. 2). Em 2012, o movimento social (MORHAN) passou a utilizar bonecas em suas manifestações em Brasília no período do dia das mães, como forma de sensibilizar autoridades e a sociedade, denunciando essas separações.

Essas mulheres trouxeram também em suas narrativas a constatação da existência de movimentos de resistência que foram se constituindo na medida em que as mães sofriam os processos de separação. A busca por outros modos de viver, mesmo que contrários às determinações estatais, mostravam a ineficiência das tentativas de controle total da população⁷:

A partir do momento em que os grupos adquirem essa liberdade de viver seus processos, eles passam a ter uma capacidade de ler sua própria situação e aquilo que se passa em torno deles. Essa capacidade é que vai lhes dar uma mínima de possibilidade de criação e permitir preservar exatamente esse caráter de autonomia tão importante⁷. (p.46)

Nesse contexto, as explicitações como as das mães entrevistadas mostraram que as arbitrariedades a que as famílias foram expostas, mesmo com tentativas de silenciamento e invisibilidade, não foram suficientes para impedir demonstrações de resistência ao controle estabelecido.

O fim de uma jornada e o recomeço

Assim, dou graças a Deus por me enviar esse menino adotado na época ele é meu companheiro, meu amparo, meu coração.
(NARRATIVA DE ORQUÍDEA)

O Estado de Minas Gerais iniciou o fechamento das instituições de abrigo compulsório para crianças apenas na década de 1980 com a determinação de entrega das filhas e dos filhos para seus familiares.

Todavia, essa ação se tornou motivo de preocupação de alguns pais que não receberam bem a ideia de ter suas filhas e filhos de volta. A internação compulsória já havia deixado marcas profundas em alguns idosos que perderam suas filhas e filhos para o Estado e o retorno deles à sua família os pegou de surpresa, pois nenhum dos dois lados foi consultado previamente pelo Poder Público para a tomada dessa medida e vários sequer tinham condições de cuidar devido ao avançar da idade.

O processo de retorno se deu de forma relâmpago: fechamento das pupileiras, preventórios, educandários e determinação de devolução das filhas e dos filhos, como se fossem um produto. Prédios foram destinados a Instituições Sociais, a exemplo do Educandário Olegário Maciel, em Varginha, que foi para a Associação de Amparo ao Menor Carente (AMENCAR). Outros prédios foram demolidos, como no caso do Preventório São Tarcísio em Mario Campos e da Sociedade Eunice Weaver, unidades de Araguari e Uberlândia¹.

Em conversas informais com quem esteve durante o período de retorno das crianças para suas famílias foi possível compreender que muitas crianças não conheciam seus pais ou parentes, sendo que esse teria sido o seu primeiro contato com eles. Nesta condição dissociada do meio familiar, muitos eram apegados aos locais em que ficaram internados, outros viam seus pais com sequelas físicas provenientes da doença. Por isso, ao se encontrarem com eles ficavam apreensivos, entravam em estado de negação, tentavam fugir e existiram casos até de suicídio⁸.

Por sua vez, seus pais que tinham uma casa na colônia e vida estruturada sem crianças, também estranhavam seus filhos e não sabiam como lidar com a situação e educá-los. Dessa forma, expressavam sentimentos que variavam entre alegria, medo, inabilidade, às vezes violência verbal, física e simbólica, fazendo com que essas crianças sofressem com danos causados involuntariamente por suas próprias famílias¹. Não houve uma preocupação nesta política que ponderasse a importância da elaboração de dispositivos para estimular encontros cuidadores que considerassem as singularidades dos sujeitos, bem como os convidassem a elaborar novos vínculos sem ferir sua autonomia e sem ignorar a complexidade dos sofrimentos envolvidos nos processos de saúde-doença e de violação de direitos humanos.

As formas de enfrentamento dessas realidades perversas apareceram em trechos da narrativa de Orquídea e ilustram o desespero produzido nas mães quando tinham conhecimento de que seus filhos poderiam ser retirados de sua convivência o que ressaltava a força brutal empregada nos processos de separação:

“Logo que nascia a parteira levava para a creche em Belo Horizonte, lá eram criados” (Narrativa de Violeta).

As dificuldades de superação diante do sofrimento são expressas em diversas situações. Em alguns casos, essas mulheres, eram odiadas pelos próprios filhos que as penalizaram pela separação sem analisar o contexto de décadas atrás, e o sofrimento que lhes foi imposto. As múltiplas violências a que essas famílias são expostas ao longo da vida refletem o descompasso entre as ações do Estado e uma perspectiva cuidadora de estar no mundo com apoio, solidariedade e espaço para a construção de alternativas para seguir a vida.

Atualmente, os filhos que foram separados se encontram em vários municípios brasileiros, com idade média de 56 anos, e estão lutando juntamente ao MORHAN, para conquistar a extensão da reparação definida na lei nº 11.520 de 18 de setembro de 2007, que atendeu aos “pais” submetidos ao isolamento e internação⁸.

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, atualmente Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, no ano de 2016, realizou um levantamento com os registros históricos e preparou um diagnóstico de quem são e onde estão os cerca de 14.000 filhas e filhos separados⁸.

Este tipo de pedido de reparação das atrocidades relatadas, aconteceu por meio da Lei nº 23.137/2018⁹ e o Decreto nº 47.560/2018¹⁰, ambos do Estado de Minas Gerais. Nesses dispositivos legais foram reconhecidas as segregações, inclusive considerando depoimentos, e regulamentadas as reparações de filhos e filhas separados, apontando a necessidade de normatizar indenizações por regimento interno de uma comissão de avaliação com requerimentos registrados e em processo de apuração.

Reconhecidos os leves avanços na legislação, um problema relevante nas políticas reparadoras é não conseguirem anular as diversas violações de direitos humanos a que essas pessoas foram submetidas e, assim, excluir as marcas produzidas nos corpos e nas vidas das pessoas.

A violência em diversas faces

Entendeu? Nós sofremos muita humilhação, mas muito mesmo, até nosso título de eleitor era esterilizado na estufa depois que a gente votava, e em Betim, nós não podíamos ir. (NARRATIVA DE ORQUÍDEA)

Ao tratarmos da violência em geral não conseguimos vislumbrar todas as nuances que o termo pode abrigar e, por consequência, todas as manifestações possíveis e existentes principalmente quando tratamos do emaranhado de relações existentes na sociedade contemporânea ou na condição volátil na qual o tema “direitos humanos” era tratado antes das convenções da Organização das Nações Unidas. Ainda assim, são

grandes os desafios para preservação de direitos em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil.

A origem da palavra, vem do latim “violentia” e tem como significado violência, caráter bravo, força, significantes que já em sua origem fazem alusão à ideia de força ou força natural exercida contra uma coisa ou outra pessoa e que toma proporções excessivas e se torna algo de caráter violento.

Em um conceito mais amplo podemos nos debruçar sobre uma visão ampliada do conceito de violência, considerando não somente o ato em si, mas também as situações e os problemas que levaram a ela¹¹:

Se a violência não envolve necessariamente uma agressão física no confronto direto de algumas pessoas com outras, então a distinção entre violência e formas coercitivas de infligir danos, dor e morte fica enevoada. Uma política que deliberada ou conscientemente conduz a morte de pessoas pela fome/ou doença pode ser qualificada de violenta. Essa é uma razão porque slogans como ‘pobreza é violência’ ou exploração é violência’ não constituem meras hipérboles¹¹. (p.803)

A violência vivenciada atualmente acaba deslocando alguns parâmetros sociais e causando desordens no campo racional, moral e social. Os impactos disso são a violência social e estrutural, que sustenta desigualdades e agrava vulnerabilidades sociais. Isso significa que a incapacidade política e gerencial dos governantes impacta as populações menos favorecidas que se veem sem acesso à cidadania, aos direitos fundamentais, civis, políticos e sociais, criando um abismo entre as classes sociais e agravando preconceitos, discriminações e a pobreza.

Apresentando diversas formas de manifestação e repercutindo na vida dos indivíduos, da sociedade e das relações familiares, a violência é considerada um problema de Saúde Pública. Há uma contradição nas ações estatais, pois, ao mesmo tempo em que o Estado é responsável pela promoção da saúde pública, é também produtor de violências como as segregações familiares compulsórias¹².

Esse entendimento segue a análise da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências na qual são invisíveis fatores como a banalização da vida e, dependendo do prisma que se observa, um grupo é tratado como objeto e não sujeito de determinada situação¹³. Nesse contexto, diversas situações de existência e experiência humana, principalmente aquelas nas quais o indivíduo pode ser diminuído ou aviltado, são naturalmente executadas e legitimadas pelo mesmo Estado como no caso das mulheres com hanseníase.

Qualquer política de segregação e, no caso específico, a que se formulou e se efetivou para a abordagem da hanseníase, representa irreparável violação dos mais

elementares princípios de direitos humanos, seja porque suprime os processos de constituição do sujeito, ao interferir na sua socialização, no caso de crianças e adolescentes; porque rebaixa o sujeito à condição de objeto, no caso de adultos e; para ambos, porque fere frontalmente a práxis de autonomia, que fundamenta a saúde como direito e constitui um dos princípios basilares da bioética.

Nesse contexto, cabe considerar a essencialidade de uma abordagem multidisciplinar para a produção de um cuidado em saúde qualificado para atendimento das múltiplas necessidades das famílias com histórico de hanseníase. Sem um modelo de atenção à saúde que contemple essa perspectiva, violências são perpetuadas. Produzir cuidado em saúde implica construir relações de confiança entre usuários, entre usuários e profissionais, entre usuários e organizações. Nesse sentido, ampliar o olhar e a escuta para enfrentar os desafios do processo saúde-doença combinados à complexidade dos contextos sociais constituem condição indispensável à defesa da vida de todos¹⁴. A segregação, imposta às famílias já sofridas e com medo das consequências biológicas da hanseníase, vai na contramão de uma proposta que tenha como princípio a integralidade do cuidado em saúde.

Estado (des) protetor

Pois é eu acho que foi muito triste, além de nos separar da família, mesmo aqui a gente tinha muita separação. É mesmo o povo, como é que fala, os sadios, tinha muito medo de nós. (NARRATIVA DE ORQUÍDEA).

Podemos inferir que as políticas de segregação têm o efeito de ferir a autonomia e produzir outras violações. A fim de buscar uma compreensão de como essas questões podem atuar na sociedade, torna-se interessante considerar a leitura de Foucault¹⁵. O Estado, por meio de sua atuação, busca legitimar seu Poder por meio do regramento das classes vulneráveis e marginalizadas, perpetuando os interesses das classes dominantes. Nesse sentido, o autor entende que os elementos sociais apresentados pelo Estado aprisionam os indivíduos nos pensamentos propostos pelos que detêm esse poder e que permanecem no controle dos meios de produção, da economia e dos privilégios^{15,16}.

Essas estratégias são necessárias para a manutenção do capitalismo, uma vez que atuam sobre os corpos, na reprodução e regulação da população sob o enfoque econômico¹⁶. Assim, o poder sobre os corpos passa a assumir a tarefa de gerência da vida, afastando comportamentos que não sejam considerados apropriados pela imposição de uma ordem estatal.

O biopoder relacionado à gestão da vida individual e coletiva passa por uma intensificação transformando a noção de população e de corpo biológico com uma visão centralizada, produzindo uma leitura estatal de mecanismos de regulação da produção

da vida individual conferindo a este Estado poder sobre o corpo biológico por meio de mecanismos centrados na padronização necessária para o controle de um grande grupo social¹⁷.

O filho do hanseniano não ficava com o hanseniano, porque senão seria contaminado. Então eles tiravam mesmo, não adiantava chorar, nem pedir, nem falar, porque tiravam, minha irmã passou pela mesma situação até o quarto filho, até o terceiro, quando engravidou do quarto filho, ela mais o marido saiu daquela unidade hospitalar e foi criar os filhos fora de lá. (NARRATIVA DE MARIA FLOR).

As famílias de pessoas com hanseníase, sem papel ativo no comando de suas vidas, foram submetidas ao raciocínio biomédico. As tecnologias de saúde operantes nesse processo eram reduzidas à dimensão biológica e de controle dos corpos. Paulo Freire ratifica tal situação ao afirmar que “Seria na verdade uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceber as injustiças sociais de maneira crítica”¹⁸ (p. 73).

Para Butler¹⁹ o valor dessas vidas não aparece de modo efetivo porque há uma compreensão que vida adquire valor significativo somente quando a perda possui importância, ou seja, “[...] a possibilidade de ser enlutado é um pressuposto para toda vida que importa.”¹⁹ (p. 32–33). Assim, o Estado entendia que essas vidas não eram passíveis de luto e que o confinamento reduziria o contágio aos considerados sadios e produtivos.

O discurso hegemônico, ao atuar por meio de uma lógica neoliberal considera certas vidas indignas de serem vividas²⁰ ou de menor importância, e não alcançam a dimensão das práticas de coletividade. O enfrentamento dessa lógica que limita a condição humana ao desenvolvimento do sistema capitalista perpassa sua explicitação e a produção de visibilidades, especialmente quanto as vidas daqueles excluídos pela lógica neoliberal.

Importa, portanto, ouvir relatos de mães como Maria Flor, marcadas pelo impedimento do convívio com a sociedade:

Tanto eu quanto a minha irmã e os nossos pais, compunham um grupo de quatro pessoas que estavam com hanseníase, dentro do mesmo seio familiar, todos internados na Colônia. (NARRATIVA DE MARIA FLOR).

Os instrumentos coercitivos utilizados pelo Estado para o exercício das segregações não chegavam ao conhecimento de pessoas interessadas ou que eram diretamente atingidas pelas normativas instituídas. Nem aqueles que tinham o papel de executá-las detinham todas as informações. Isso fica claro quando as entrevistadas afirmam que conheciam as legislações somente por informações de outras pessoas, porém eram obrigadas a obedecer às ordens, sem quaisquer contestações. Nesse sentido Maria Flor registrou que:

Tinha alguém responsável para quando a criança nascer, pegar, levar e entregar as irmãs do Monte Calvário. Eles levavam as crianças para a observação e da observação levavam para a creche. E era assim, era norma mesmo do lugar (NARRATIVA DE MARIA FLOR)

Diante dessas constatações, torna-se interessante remeter ao pensamento para o qual a noção de norma estava entrelaçada a ideia de “disciplina”¹⁵. Assim a norma estaria relacionada ao surgimento do biopoder, isto é, de um poder que atua sobre a vida e sobre as estratégias que proporcionam o poder determinado por uma racionalidade econômica e que interage com o modelo jurídico e o modelo médico que se definia pelo nascimento da Medicina Social¹⁷.

Diante dos relatos das mulheres foi possível inferir que corpos humanos foram considerados como objetos e alvos de poder. Mulheres, após o diagnóstico da hanseníase, passaram a ser dominadas e controladas por uma instituição disciplinar com mais afinco. Essa ação buscou governar corpos indóceis para discipliná-los à lógica capitalista, tornando-os mais obedientes, alienados, obcecados no cumprimento de normas e, ao mesmo tempo, produtivas e saudáveis¹⁵. A narrativa de Violeta explicita esses sistemas de subjugação:

Os namoro era triste minha fia! Difícil era porque era de um jeito muito corrigida! Nosso namoro era assim, era do rumo ali daquela casa perto da caixa até la em cima. Ia um soldado na frente, outro soldado no meio, outro atrás. (NARRATIVA DE VIOLETA)

Fica evidente que o poder público assumiu uma lógica higienista, sem qualquer função terapêutica, intervindo até mesmo nas escolhas reprodutivas dessas mulheres. Além do estigma da doença, essas mulheres vivenciavam as tentativas de controle do Estado sobre os corpos femininos. A esterilização forçada e o controle da natalidade sem justificativa, conforme abordado por Ângela Davis²¹, o que ocorreu com mulheres negras em diversos momentos históricos, também foi pautada na política de controle da hanseníase, uma vez que havia uma preocupação quanto à prole das pessoas acometidas pela doença: “Muitos acreditavam que essas crianças já traziam em si uma ‘tara’, o que influenciava no tipo de discurso e de soluções propostas, uma das quais era a de esterilização”²² (p. 5).

Outra estratégia também utilizada nas colônias, foi a medicalização¹⁷ que representou um meio repressivo que não era considerado castigo, mas sim, formas de alteração dos indivíduos. Por trás dessas ações, era consolidada toda uma teoria de comportamento e das pessoas que estão relacionadas a ela. Respalhada pela defesa de cientistas acerca do isolamento, a sociedade encontrou uma explicação para diferenciar o normal e o patológico. A tecnologia em saúde operante nas vidas das pessoas nas colônias não alcançava as necessidades de cuidado necessárias para que suas vidas fossem as melhores possíveis. As vidas das famílias eram marcadas por um sistema de padronização

de escolhas, ideias, comportamentos, vivências, aceitação de regras e ou punição, dos trabalhos e afetos¹⁷.

Nesse sentido descreve Maria Flor:

Mas tinha norma de todas as colônias. Não era só dessa não. As irmãs de caridade é que pegavam os filhos da gente, é que cuidavam. (NARRATIVA DE MARIA FLOR).

Contempla-se assim uma política que vinha sendo executada de maneira em que não se alcançava nem o social, e nem o bem estar daquelas famílias afetadas por esta segregação relatada. Um resultado importante desse processo é o claro desequilíbrio comportamental, não adquirido, mas estimulado e causado pelo próprio regime sanitário da época. Assim como Orquídea também afirma:

Aqui só tinha nós, só poderíamos entrar gente da colônia, por exemplo, filhos entrava só no dia das mães, dos pais, e natal e assim mesma até as quatro horas da tarde, os guardas que não tinha policial na época, era os guardas, os próprios doentes, que era os policiais. (NARRATIVA DE ORQUÍDEA).

Tais intervenções eram representadas por atores estatais voltados para um único propósito e com um campo de visão limitado frente a uma questão sanitária de extrema complexidade. Sem pensar diretrizes de cuidado articuladas com a atuação de profissionais de diversas vertentes, para as diversas finalidades que a questão exigia, foi desconsiderado o preceito básico de produzir ciência e serviços públicos para atender às especificidades destes cidadãos.

Cabe ressaltar que essa violência só se torna possível porque o exercício do poder estatal não é determinado apenas por uma força vertical na estrutura da sociedade. Ele a atravessa e constitui cada espaço das relações no interior de sua dinâmica. Nessa trilha, Foucault procurou também compreender a medida estratégica que, no processo de construção do capitalismo, vai abandonando a punição em troca da vigilância constante e reguladora²³. É essa vigilância que vai conduzindo as ações estatais e torna rarefeita a possibilidade de produção de um modelo de cuidado que envolva a prevenção e a promoção da saúde com participação das famílias no processo de cuidado.

Nesse contexto, é possível inferir que o diagnóstico da hanseníase constitui parte desse processo de controle sobre a população e representa uma discriminação que exclui os menos aptos ao trabalho capitalista. Não importam as vidas, os sentimentos, as possibilidades de transformação nos modos de viver sem ferir a autonomia e as relações de afeto. Trata-se, de selecionar cidadãos que atendam aos interesses econômicos de forma rápida e segura. Nessa lógica, não vale a pena investir em quem já estaria condenado. É esse o pano de fundo que sustenta as separações¹⁹.

Em busca de um futuro sem segregação:

Tive sorte ainda porque muita amiga daqui da colônia, que seus fio além de ter sido separado num vortaram pra suas casa, e nem pra suas famias (NARRATIVA DE VIOLETA).

Um cidadão destituído dos direitos inerentes à família é despojado do estrito sentido da palavra sociedade como a que constituímos no mundo contemporâneo. Além disso, a violência envolvida nessa retirada, constitui engrenagem para discriminação na sociedade conduzida pelo Estado. Há uma tentativa de apagamento das histórias de vida das pessoas, de redução das possibilidades de produção de projetos terapêuticos que considerem as complexidades de vidas dessas pessoas, de silenciamento de alternativas à lógica da sobrevivência do mais apto.

Uma pergunta importante para ser feita: como uma sociedade, um grupo ou mesmo um indivíduo enfrenta, e neste caso usamos o sentido amplo da palavra, violências e abusos, quando cometidos por quem constitucionalmente tem a obrigação de proteger?

É certo que a ampliação dos direitos e a evolução do próprio Direito na civilização contemporânea buscaram reordenar seu papel tornando diversos setores do Estado não só protetores, mas promotores de indivíduos, grupos e cidadãos. Porém uma reparação dos danos causados às famílias atualmente é algo parcial. A “grande medicina social” citada por Foucault⁶ perpassou gerações de forma a não permitir correções. Isso é evidente, em especial quando avaliamos que as violações foram tão abrangentes e variadas quanto à política prometida deveria ser.

Na prática, a perspectiva da saúde enquanto direito universal e o entendimento de que essa saúde corresponde aos recursos que dispomos para sermos felizes foram desconsiderados em diversos momentos históricos das políticas de isolamento de pessoas com hanseníase e até mesmo no imediatismo com que a política de reparação foi implementada. Faltam iniciativas mais democráticas, com espaços de reflexão sobre as práticas implementadas para o controle da hanseníase, bem como o investimento em políticas intersetoriais que visem o cuidado integral de pessoas que vivenciaram e vivem complexidade de situações que circundam essa doença¹⁴.

O risco da repetição de políticas de segregação semelhantes a esta é recorrente quando o Estado se depara com situações de solução complexa ou com desfechos desconhecidos. Portanto, conhecer, entender e registrar violações de direitos com consequências nas vidas de tantos é fundamental e faz parte de esforços da sociedade para transformação da realidade social. O estado brasileiro carece de meios que impeçam a repetição de injustiças e violências sociais já produzidas.

Nesse sentido, a ampliação de debates acerca das discriminações históricas, como é o caso da hanseníase, e das intercessões desses processos com as realidades sociais presentes na atualidade podem fornecer pistas capazes de descortinar caminhos possíveis para uma sociedade mais justa.

Referências

1. CARAJÁ, Adriana Fernandes. Diário Cartográfico das Mães que Perdem suas Filhas e Filhos para o Estado. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2019.
2. MOEBUS, Ricardo Narciso; MERHY, Emerson Elias; SILVA, Erminia. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar se acima da montanha? In: MERHY, Emerson Elias et. al. (orgs). Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas Redes. Políticas e cuidados em saúde. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.
3. GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva, 2001.
4. FERLA, Alcindo Antônio; JORGE, Alzira Oliveira; MERHY, Emerson Elias. Separação compulsória de mães e seus filhos: quando a lei e a cidadania se confrontam. Saúde em Redes, v. 4, n. 1suplem, p. 5, 2018. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1822>>. Acesso em: 6 Jan. 2021.
5. MORHAN. Governo de Minas Gerais aprova primeira lei no país de indenização aos filhos separados pela política de isolamento da hanseníase. Morhan Nacional. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/noticias/2417/governo_de_minas_gerais_aprova_primeira_lei_no_pais_de_indenizacao_aos_filhos_separados_pela_politica_de_isolamento_da_hansenia>. Acesso em: 01. Jan. 2019.
6. MORHAN. Jornal do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase Janeiro a Junho. 2013. Disponível em: <<http://www.MORHAN.org.br/views/upload/jorn55mor.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
7. RONILK, Suely; GUATARRI, Felix. Micropolítica: Cartografias do desejo. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.
8. MORHAN. Dossiê: a história das filhas e filhos órfãos de pais vivos no Brasil: a separação de pais e filhas e filhos em razão da política de isolamento compulsório para pessoas acometidas pela hanseníase no Brasil. Rio de Janeiro: MORHAN, 2010. Disponível em <www.MORHAN.org.br/views/upload/dossie_filhas_e_filhos.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2017.
9. MINAS GERAIS. LEI 23137, de 10/12/2018. Dispõe sobre o pagamento de indenização aos filhos segregados de pais com hanseníase submetidos à política de isolamento compulsório em Minas Gerais. Diário do Executivo Estadual, Belo Horizonte, 14 dez. 2018.
10. MINAS GERAIS. Decreto nº 47560, de 13 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 23.137, de 10 de dezembro de 2018, que dispõe sobre o pagamento de indenização aos filhos segregados de pais com hanseníase submetidos à política de isolamento compulsório em Minas Gerais. Diário do Executivo Estadual, Belo Horizonte, 14 dez. 2018.
11. ARBLASTER, Anthoni. Violência. In: OUTHWAITE, Willian.; BOTTOMORE, Tom. Dicionário do Pensamento Social do Século XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p. 803–805.
12. MELO, Elza Melo; SILVA, Jandira Maciel da; AKERMAN, Marco; BELISÁRIO, Soraya Almeida. Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança. Belo Horizonte: Folium, 2016. Disponível em <http://site.medicina.ufmg.br/nucleops>. Acesso em 30 de dez. De 2020.
13. BRASIL. [POLÍTICA NACIONAL (2001)]. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério.
14. FEURWERKER, Laura Camargo Macruz. Cuidar em Saúde. In: FEURWERKER, Laura Camargo

Macruz; BERTUSSI, Debora Cristina; MERHY, Emerson Elias (Org.). Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas Redes. Coleção Políticas e Cuidado em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Hexis, 2016, v.2, p. 35-47.

15. FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.
16. DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. Tradução Mariana Echalar. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016
17. FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.
18. FREIRE, Paulo. Ação cultural para a liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
19. BUTLER, Judith. Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto? Trad. Sérgio Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
20. MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. Saúde em Debate, 27(65), p. 316-323, 2003. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 01.10.2019.
21. DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo, 2016.
22. MONTEIRO, Yara. Nogueira. Violência e profilaxia: os preventórios paulistas para filhas e filhos de portadores de hanseníase. Saúde e Sociedade; São Paulo, v. 7, n. 1, p. 3-26, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901998000100002>. Acesso em: 01 nov. 2018.
23. FOUCAULT, Michel. A Governamentalidade em Michael Foucault. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

A vulnerabilidade e a violência como marcas de exclusão na separação compulsória de mães e filhos: uma revisão narrativa

Mônica Garcia Pontes
Adriana Fernandes Carajá
Cristiana Marina Barros Souza
Bruna Mara Morais Assis

Laura Carvalho Parreiras
Luciana de Souza Braga
Alzira de Oliveira Jorge

Resumo

Este texto apresenta uma revisão narrativa que contribui para uma compreensão sobre a separação compulsória determinada pelo estado e vivenciada por mães e filhos em situação de vulnerabilidade. Foram selecionados 21 capítulos de livros, 11 artigos científicos, 02 informativos institucionais, 1 dissertação e 04 normativas que discorreram sobre conceitos como: vulnerabilidade, violência, relações de poder na sociedade, interseccionalidade, produção de políticas públicas e cuidado em saúde. As reflexões conceituais e analíticas produzidas neste trabalho revelam que mães em situação de vulnerabilidade separadas compulsoriamente de seus filhos carregam marcas de múltiplas violências, através de uma combinação de sucessivas discriminações a que estão expostas. Nesse sentido, a produção de políticas públicas comprometidas com a integralidade do cuidado constitui alicerce para transformações de trajetórias marcadas pela vulnerabilidade e pela exclusão. Trata-se de um enfrentamento político contra arbitrariedades múltiplas e sobrepostas que amplie a autonomia dessas mulheres e mantenha a responsabilização do Estado na defesa da vida de todos.

Palavras-chave: vulnerabilidade, segregação social, violências, violação aos direitos humanos, maternidade.

Introdução

Este texto apresenta um conjunto de reflexões conceituais e analíticas que se propõe a contribuir para uma compreensão sobre a separação compulsória perpetrada pelo estado e vivenciada por mães e filhos em situação de vulnerabilidade. Sua produção justifica-se pela relevância de repensar, na contemporaneidade, múltiplas condições de existências que nos acompanham e são invisibilizadas.

Afastamentos forçados de mães e filhos têm sido conduzidos em várias cidades brasileiras¹. Jorge, Merhy e Pontes² mostraram que, em Belo Horizonte, entre 2013 e 2016, o poder judiciário e o ministério público por meio de normativas como resoluções e portarias definiram pela retirada das crianças de suas mães e o encaminhamento dessas aos abrigos tendo como principais motivações o uso de crack e álcool, trajetória de vida nas ruas, ausência de pré-natal ou suposta negligência/violência, situações estas definidas pelo próprio poder público, sem direito de defesa ou de contra-argumentação das mulheres. Muitos bebês foram retirados na própria maternidade e sem anuência ou conhecimento prévio de suas genitoras.

Sem os seus filhos e jogadas à própria sorte, essas mulheres carregam marcas de múltiplas violências. Nesse contexto, Silva³⁽¹⁵³⁾ denunciou a “transmissão do abandono como herança simbólica”. Várias delas foram meninas também separadas de suas mães e famílias e que, a partir da adolescência, vivenciaram gestações consecutivas com repetidas perdas dos filhos.

Lacunas no atendimento à mulheres em situação de rua e/ou nas cenas de uso de drogas, bem como a existência de protocolos que pressupõem negligência e fracasso da mãe em cuidar do filho se constituem em algumas justificativas usadas para a retirada de recém-nascidos de suas famílias⁴.

A revisão narrativa aqui apresentada constitui parte das investigações realizadas na frente de pesquisa denominada Mães Órfãs conduzida pelo Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), integrante da Rede Nacional de Observatórios de Políticas em Saúde e Educação na Saúde. A denominação Mães Órfãs refere-se à situação de mães que têm perdido seus bebês de forma compulsória para o Estado, devido à presunção de ofertarem risco em decorrência de circunstância de vulnerabilidade que atravessa ou atravessou⁵. Trata-se de mulheres, em sua maioria, pretas, com histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas, desempregadas, com trajetória de vida nas ruas.

Este texto apresenta um fragmento basilar da dissertação de mestrado de Pontes⁶ para a análise sobre os modos de existência e resistência singulares experienciados por uma diversidade de atores sociais (mães, trabalhadores da rede do SUS BH, dirigentes de

maternidades, assim como profissionais da universidade e ministério público, conselhos de saúde e de categorias, entre outros) que, de alguma forma, viveram ou conviveram com a segregação compulsória de mães e filhos em condições de vulnerabilidade. Não se trata, portanto, de uma revisão que busca a totalidade, mas sim que estabelece pontos de conexão entre a separação compulsória de mães e filhos e perspectivas interessadas na produção de conhecimentos implicados com uma releitura de concepções hegemônicas e polarizadas de mundo que normalizam e invisibilizam situações como as vivenciadas pelas Mães Órfãs.

Metodologia

Cordeiro *et al.*⁷ e Rother⁸ apresentaram a revisão narrativa como um modo de mapear uma questão relevante sem a necessidade de um protocolo rigoroso e fontes muito abrangentes. Nesse âmbito, a revisão narrativa permite a produção de uma síntese qualitativa fundamentada na interpretação de livros e artigos referentes a um tema⁸.

Esta revisão bibliográfica foi feita no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019 a partir do levantamento de conceitos que contribuissem com o entendimento das palavras-chave e expressões-chave: vulnerabilidade, violência, relações de poder, cuidado em saúde e políticas de saúde. Foram identificados 21 capítulos de livros, 11 artigos científicos, 02 informativos institucionais, 1 dissertação e 04 normativas. Tratam-se das referências utilizadas na dissertação de Mestrado de Pontes⁶, apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social junto ao Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da UFMG.

Cabe ressaltar que a definição das obras que compõem esta revisão inseriu-se na percepção de que a ciência, dentre inúmeras formas de produção do conhecimento, compõe um modo de conversar, de produzir argumentos provisórios, elaborados ao longo de um processo de uma construção coletiva⁹. Portanto, há na construção dessa revisão, um diálogo vivo, que expressa apostas em mundo mais solidário e inclusivo, que se desdobra no cotidiano da vida.

Resultados e Discussão

Em busca de uma compreensão acerca da vulnerabilidade e da violência

O termo vulnerabilidade foi apresentado por Ayres *et al.*¹⁰⁽⁴²³⁾ como relacionado à

... necessidade de atribuir sentidos e interpretar a variabilidade e dinâmica das variáveis utilizadas nas análises de risco à luz de seus significados sociais concretos ...

O conceito de vulnerabilidade apareceu vinculado às limitações produzidas nas

análises de risco¹¹. O conceito de risco foi apresentado por diversos autores como uma categoria probabilística vinculada a investigações de associação causal entre eventos, cujo raciocínio reduz a complexidade de vários fenômenos e termina por estigmatizar determinados grupos populacionais^{10,11}. A construção do conceito de vulnerabilidade forneceu subsídios para ampliar conhecimentos acerca de produções sociais que, ao interagirem, tornam ainda mais complexas situações de vida.

Nas décadas de 1980 e 1990, no decorrer das investigações que envolveram o comportamento do vírus HIV e a patologia a ele relacionada, por exemplo, ocorreu um deslocamento das ações de prevenção vinculadas a atitudes estritamente individuais. Em dado momento, instituiu-se o conceito de comportamento de risco transferindo o alvo das ações, até então voltadas ao impedimento do contato entre infectados, para a exposição populacional ao vírus, o que culminou no desenvolvimento do conceito de grupos de risco até hoje utilizado e problematizado na América Latina pela epidemiologia crítica. O foco das ações passou a ser, então, o desenvolvimento de práticas seguras de prevenção e promoção da saúde¹⁰. Não apenas indivíduos, mas também grupos populacionais passaram a ser alvo de campanhas para controle da transmissão do HIV. Conservou-se, entretanto, o entendimento de que há uma responsabilidade individual definidora de proteção, o que engendrou preconceito e discriminação para uma determinada parcela da população¹¹.

As ações de controle relativas a várias patologias na sociedade atravessam reflexões observadas nas obras de Foucault como, por exemplo, quanto ao estabelecimento de determinada ordem, a partir da disputa de narrativas que definem correlações de forças entre os diversos atores sociais, para que seja cumprido o comportamento desejável¹² e na descrição do emprego de mecanismos disciplinares que codificam o proibido e o permitido, demarcando os considerados aptos e capazes¹³. Foucault expõe artifícios instaurados na sociedade para classificar e apontar quem deverá ser alvo de mecanismos de controle. No caso das ações de prevenção à contaminação pelo vírus HIV, as evidências dessa lógica revelaram-se, especialmente, quando as análises de risco privilegiaram uma racionalidade de separação e discriminação¹⁰.

O conceito de vulnerabilidade a partir desta reflexão crítica ensejou, dessa forma, uma contribuição importante para a compreensão dos sentidos e significados que momentos de fragilidade nas trajetórias individuais e coletivas podem produzir nas vidas das pessoas¹¹. Neste contexto, o reconhecimento das vulnerabilidades modifica a perspectiva sobre a situação de forma que o problema passa a ser “as suscetibilidades populacionais”¹⁰⁽⁴²⁴⁾ e os resultados esperados das ações de intervenção ampliam-se para contextos sociais que envolvem fatores como acesso às informações e possibilidades efetivas de transformar preocupações em práticas que considerem múltiplos aspectos da vida social, incluindo relações estabelecidas entre o corpo social e as diversas instituições¹⁰. A produção de entendimentos acerca das vulnerabilidades remete ao desafio da ampliação da autonomia

dos sujeitos sem retroceder na responsabilidade do Estado e da sociedade civil organizada em fornecer condições para a produção de novas perspectivas garantindo, dessa forma, “a promoção da saúde como direito de cidadania”¹⁴⁽¹⁶⁶⁾.

Routti, Massa e Peres¹¹ salientaram que a vulnerabilidade se refere a uma situação dinâmica, transitória e passível de intervenção nos contextos sociais, não se restringindo a determinados grupos ou características individuais. Esses autores consideraram as análises de vulnerabilidades como pertinentes em estudos que abordam questões relativas à violência.

Melo¹⁵ conceitua violência como qualquer situação na qual há perda de reconhecimento mútuo por parte dos sujeitos, de forma que estes são suplantados à condição de objeto por intermédio de um mecanismo de coerção, como uso de poder e força física. Nesse processo, vale debruçar-se sobre as realidades produzidas pelo mercado com consentimento do Estado que incentivam interações competitivas, precedência do direito privado em detrimento do público¹⁶ e a supressão dos sujeitos nessa relação com o mundo, levando à produção de um vazio que encontra na violência o mediador exclusivo do convívio humano e seus conflitos¹⁵. Neste contexto, Zizek¹⁷ nos convida a pensar que experiências de violação e repressão ferozes se relacionam com nossa insuficiente percepção acerca de diferentes grupos sociais, o que estreita nossa compreensão de que somos todos seres humanos com expectativas, receios e aflições. Na avaliação deste autor o distanciamento produzido acaba por rarefazer nossa preocupação ética.

É possível empreender que a busca por uma compreensão acerca da situação de violência vivenciada por mães e filhos em situação de vulnerabilidade perpassa uma análise das vinculações de poder no corpo social. A separação compulsória de mães e filhos pelo poder do estado, ao ser justificada por situações transitórias na trajetória de vida de sujeitos, desconsidera alterações nos contextos sociais que, muitas vezes, são desencadeadas por mudanças nas relações entre corpo social e diversas instituições. Nesse sentido, essas separações podem ser compreendidas como ato violento. Há uma supressão dos sujeitos por meio do uso do poder. A dor e o desejo do Outro se tornam pouco importantes e invisibilizados.

Em busca de uma compreensão acerca das relações de poder na sociedade

Foucault apresentou o poder como uma modalidade conceitual complexa, que envolve os sujeitos e as condições históricas nas quais esses estão inseridos. Trata-se de um conjunto de mecanismos e procedimentos intrínsecos às relações humanas que tem o objetivo de manter a existência do próprio poder¹³. Nesta perspectiva, Mattos⁹ elucidou que o poder não tem necessariamente efeitos negativos e repressivos e pode operar a partir de forças produtivas, instituintes.

Foucault¹³, ao analisar o exercício do poder vinculado à constituição da população, contribuiu para um entendimento de que houve, no século XVIII, a produção de um mecanismo de poder cuja racionalidade valorizava o funcionamento do Estado enquanto “técnica de governar o outro”¹³⁽¹¹⁸⁾. O reconhecimento, por parte deste autor, de movimentos que fundamentaram a formação de um saber cujo “alvo principal é a população”¹³⁽¹⁴³⁾ agrega componentes que desmascaram dispositivos incessantes de controle sobre a sociedade.

Neste contexto, é relevante apresentar três das definições produzidas por Foucault¹³⁽¹⁴³⁻¹⁴⁴⁾ que envolvem percepções acerca dos mecanismos de poder que intervêm na vida das populações. Uma dessas formulações corresponde à governamentalidade:

Por esta palavra ‘governamentalidade’, entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por ‘governamentalidade’, entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por ‘governamentalidade’, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco ‘governamentalizado’¹³⁽¹⁴³⁻¹⁴⁴⁾.

Foucault¹³ descreveu nesse conceito a transfiguração da soberania e da disciplina em aparelhos de governo, resultando num processo pelo qual o Estado de justiça baseado na territorialidade instituída no período feudal tornou-se o Estado administrativo condizente com a sociedade de regulamentos e disciplinas e, mais tarde, fez-se Estado de governo definido por uma população. A governamentalidade é, então, identificada como um composto que propicia uma forma de poder regida pela racionalidade econômica que se locomove em direção ao mercado¹⁸.

Esse conjunto constituiu o alicerce dos processos pelos quais a espécie humana, identificada por suas características biológicas fundamentais, foi ingressando em estratégias de poder centradas na vida e cujos fenômenos foram reconhecidos como biopoder¹³. A esse mecanismo de poder centrado no corpo biológico e dirigido à população denominou-se biopolítica. Trata-se de uma tecnologia de poder uniformizante que, na segunda metade do século XVIII, passa a utilizar processos de mapeamentos das frações de nascimentos, de óbitos, de fecundidade e que, ligadas à questões políticas e econômicas, vai se impondo

como mecanismo de gestão da vida.

Enquanto a soberania só se exerce pelo direito de matar e pela disciplina sobre o corpo de indivíduos de forma a tentar assegurar uma ordenação espacial, nos limites de um território, a biopolítica é exercida sobre a vida existente em um corpo social, por intermédio de uma série de tecnologias disciplinares e de regulamentação¹⁹. Cabe destacar a biopolítica como uma engrenagem referente à governamentalidade e esta como um conjunto que autoriza o exercício da biopolítica¹⁸.

Essas transformações investiram na produção de uma medicina que serve ao propósito da valorização dos corpos em consonância com o padrão preconizado pelos critérios da biopolítica de dado tempo e encarregada da higiene pública¹⁹. A normalização da profissão médica integrou uma série de ocorrências que caracterizaram a produção de uma medicina ligada ao Estado e à constituição de cidades homogêneas e regulamentadas. Nesse tempo, o incremento do espaço urbano trouxe o medo de um perigo social representado pela população operária e por camponeses pobres. Epidemias, esgotos, cadáveres trouxeram uma inquietude que produziu um modelo de organização higienista nas cidades, baseado na exclusão, na vigilância e no isolamento de indivíduos que não oferecessem pureza ao espaço urbano.

A higiene pública tornou-se, então, um esquema sofisticado de controle político nas cidades. Tratava-se de tornar pobres aptos ao trabalho e menos perigosos para os ricos²⁰. Havia a ideia de que os hábitos dos pobres eram prejudiciais e era necessário prevenir o contágio de doenças e as transgressões aos costumes, estabelecendo um caminho civilizatório de aprimoramento moral e econômico. Dessa forma, condutas higienistas foram se conformando como um conjunto de discursos e práticas destinados a conduzir medidas apriorísticas e de segregação²¹.

Tais manifestações no interior do biopoder remeteram à presença de uma subdivisão, da identificação de subgrupos de forma que a preservação da vida de uns pudesse se ligar ao desaparecimento de outros. Incorporou-se, sob o pretexto de condições biológicas, a função estatal de eliminação de seres indesejados, seja por exposição à morte, exclusão ou abandono¹⁹.

Essa trama, por conseguinte, possibilitou a inserção do racismo como mecanismo de biopoder do Estado. A noção de raça foi reforçada para identificar seres como inferiores, passíveis de subordinação por possuírem uma humanidade considerada vacilante. Foi produzida uma ideia fantasiosa de que determinadas raças seriam um intrincado cruel, gerador de medos e, sobretudo, de catástrofes. Nesse sentido, o racismo justificou a morte do Outro como mecanismo de fortalecimento biológico e constituiu um pretexto para o desenvolvimento de um sistema socioeconômico que tentava planificar a vida^{19,22}.

No âmago das ideias de inferioridade, é marcante a figura do negro enquanto carne humana transformada em coisa comercializável. A redução de um ser vivo à ideia de aparência, de cor, criou o desenho do negro como símbolo de uma vida limitada, vazia, embrutecida. Escravizado, sua exploração foi perpetuada aos descendentes e anulado seu direito de reclamar aos tribunais de justiça. As mulheres negras foram expostas à violência ainda com mais afinco. Escravizadas, açoitadas, mutiladas e estupradas também foram punidas por sua condição de gênero. Apreçadas em função de sua fertilidade, seu preço dependia de sua capacidade de reprodução, não para se tornarem mães, mas para o fornecimento de força de trabalho escrava. Os proprietários garantiam sua reprodução – especialmente através dos estupros – quantas vezes fosse biologicamente possível e seus filhos eram vendidos em qualquer idade²³.

Tanto a idealização da inferioridade feminina quanto o racismo envolvendo a questão do negro estão ligados ao desenvolvimento do sistema capitalista e, por conseguinte, ao liberalismo, forma de pensamento que o acompanhou. Nesse cenário, a noção de direitos ditos naturais, como a liberdade comercial, a propriedade privada e os benefícios de um equilíbrio de mercado – preceitos do pensamento liberal e símbolos de uma igualdade fictícia – contribuiu para a produção de um aparelho social excludente e degradante²². As resistências e crises vivenciadas neste sistema não são, portanto, inesperadas. Assim sendo, as tensões provocadas pelas contradições práticas do capitalismo o tornaram indissociável de metamorfoses para sobreviver¹⁶.

Nesse percurso, instituiu-se um sistema normativo amplo, denominado neoliberalismo, que expandiu a lógica do capital às relações sociais e aos demais domínios da vida privada através de um conjunto de discursos, práticas e dispositivos de poder que estabeleceram um novo modo de governo dos homens, segundo o princípio universal da concorrência. Trata-se de uma lógica generalizada, que vai do “Estado ao mais íntimo da subjetividade”¹⁶⁽³⁴⁾. Na estratégia neoliberal o desemprego e a precariedade representam meios poderosos de disciplina, ao mesmo tempo em que os sujeitos são considerados responsáveis de forma ilimitada pelos acontecimentos de suas vidas. O desemprego funciona como um mecanismo de sustentação numérica do exército de reserva do mercado de trabalho, de forma que a precarização seja viabilizada devido à alta demanda e pouca oferta de postos de trabalho. Esta estratégia do capital também culmina na desorganização da classe trabalhadora, que passa a subsistir em condições miseráveis e a vender sua força de trabalho em condições cada vez mais precarizadas.

Há um reforço das desigualdades sociais com fabricação de um número cada vez maior de “subcidadãos” e “não cidadãos”¹⁶⁽³⁸¹⁾. Tal conjuntura reforça a premência de produção de visibilidade a uma multiplicidade de vidas desprezadas pelo neoliberalismo. Nesse contexto, a interdependência das relações de poder que envolvem raça, sexo e classe reivindica propostas de análise que considerem essas diversas dimensões.

Crenshaw²⁴ afirmou que quando não se leva em consideração a interação desses fatores de discriminação torna-se mais superficial a produção de uma compreensão acerca de abusos de direitos humanos. Abordagens que consideram complexos sistemas de subjugação que se sobrepõem e se cruzam são chamadas interseccionais. Elas tendem a contribuir para diminuir a invisibilidade de problemas cuja profundidade relaciona-se a contextos econômicos, sociais e culturais. Trata-se de um enfrentamento político contra arbitrariedades múltiplas e sobrepostas²⁵.

Condutas segregativas têm produzido tensionamentos que provocam a judicialização de vidas de mães e filhos considerados vulneráveis. A judicialização pode ser entendida como a introdução do poder Judiciário em campos onde, tradicionalmente, este poder não estava diretamente inserido²⁶. Rodrigues e Damico²⁷ relacionam a judicialização a uma forma de exercício de poder sobre corpos que, ao despotencializar suas existências, dirige a vida, mergulha nas subjetividades e investe na produção do sujeito neoliberal estrito.

É diante desse contexto que a predominância da lógica neoliberal nas decisões sobre as vidas de mulheres e crianças despreza diversos fatores de discriminação e corrobora com o exercício da biopolítica. Trata-se de uma conduta higienista, de um mecanismo violento de autorização do Estado para disciplinar corpos de acordo com um determinado modo de conceber a vida.

A estratégia pretendida é tentar uniformizar as vidas existentes e desprezar aquelas que não se enquadram, recuperando e reforçando as práticas de abandono dos corpos matáveis pelo Estado, neste caso agente ativo de violência. Bebês e crianças são oferecidos a famílias que, supostamente, desfrutem de vidas consideradas desejáveis. As outras vidas podem ser suprimidas.

A situação da institucionalização de recém-nascidos e o abandono das possibilidades de produção de vida para suas mães remete à lógica de “esquadrinhamento do espaço urbano”²⁹⁽³⁹¹⁾, uma forma de segregação que desconsidera as singularidades e as necessidades de fortalecimento dos sujeitos⁵.

Modificar conjunturas como as descritas sobre as mães órfãs pressupõe criar saídas que transcendam determinados mecanismos de controle sobre a população. Nesse sentido, o reconhecimento da biopolítica, das situações de vulnerabilidade, de violência, do racismo e da necessidade de produção de políticas comprometidas com a integralidade do cuidado constitui alicerce para transformações. Assim, uma reflexão que proponha trazer à tona as estratégias de poder centradas na vida que envolvem as separações compulsórias de mães e filhos demanda debruçar-se sobre os conceitos de cuidado e políticas de saúde.

Uma produção de novos olhares sobre o cuidado e as políticas de saúde

A produção do cuidado no cenário da saúde é concebida como o objeto por meio do qual se almeja alcançar a cura e a saúde²⁸. Neste âmbito coexistem modelos de atenção que atendem a diversos interesses. Por vezes, a centralidade na produção de procedimentos é o traço predominante. Malta e Merhy²⁹ ponderaram que muitas das dificuldades vivenciadas no setor saúde decorrem desse modo de cuidar que não constrói vínculo, não assume ações que pressupõem as singularidades dos sujeitos nem a produção de projetos terapêuticos que considerem os saberes dos trabalhadores e usuários.

No sentido oposto ao modelo procedimento-centrado, há construções que atuam nas possibilidades de produção de saúde cuja lógica organiza-se nos princípios ético-políticos de defesa da vida individual e coletiva³⁰. Neste sentido, o cuidado passa a ser percebido como algo que se produz no encontro e é recortado por inquietações, acordos e efeitos inesperados³¹.

Nesta concepção, o cuidado pressupõe possibilidades de novas conexões existenciais que nos afetam, afetam os outros e, em movimento, permitem uma multiplicidade de experiências que ampliam a sensibilidade e a diversidade de entendimentos possíveis a serem empregados. Por consequência, vão modificando nossos discursos e práticas³². Torna-se possível produzir atos cuidadores que considerem as singularidades, mobilizem e compartilhem saberes a partir de uma concepção ampliada do usuário enquanto agente ativo na produção de sua saúde³³.

As práticas de saúde, sendo atividades humanas, produzem efeitos e, além dos saberes científicos, são formuladas a partir de uma intenção social e historicamente construída. Desse modo, usuários, trabalhadores e gestores são atravessados, durante seu percurso, por uma multiplicidade de percepções, forças e valores que potencializam ou despotencializam suas ações. Baremblytt³⁴ denominou instituintes as forças criativas que proporcionam transformações na vida social, deslocam o que está acomodado, e de instituído as forças em curso, o *status quo* da sociedade. Apreender essa multiplicidade de movimentos que se expressam nas tensões cotidianas e reverberam no plano de organização dos serviços e no mundo da vida remete a uma compreensão dos espaços de governo nos quais estamos imersos.

Importante dizer que todas as produções humanas são políticas. E toda política é fabricada em múltiplos planos que se entrelaçam em contextos, ao mesmo tempo, macro e micropolíticos³⁵. Deleuze e Parnet³⁶ descreveram esse entrelaçamento como dois tipos de segmentaridade denominadas: molar (que exhibe os enunciados hegemônicos, o instituído em uma sociedade) e molecular (onde operam os deslocamentos dos sujeitos, as possibilidades instituintes). Esses dois elementos, desde as sociedades mais primitivas, se

misturam e convivem. Seja no âmbito individual ou coletivo, somos atravessados por essas duas segmentaridades que fabricam, ao mesmo tempo, a macro e a micropolítica³⁵.

A micropolítica constitui-se nos locais onde as existências e conexões estabelecidas nos encontros ultrapassam as determinações institucionais e instigam processos produtores de novos sentidos para a vida e para o pensamento³⁷. A micropolítica, portanto, tem o potencial de produzir novas perspectivas acerca do cuidado. Merhy³⁸⁽²⁷²⁾ esclareceu que, nas experiências dos encontros, várias tensões vão se resolvendo ou não por “mecanismos de autorização mútua” e que há um poder político envolvido nessa relação.

As transformações macro e micropolíticas ocorrem emaranhadas. A análise tradicional de políticas públicas reconhece a presença de atores sociais durante as formulações dessas políticas, bem como as disputas nas quais esses atores estão inseridos. Entretanto, centra sua análise nos atores institucionalizados e delimita o papel e tempo de atuação de cada um. Há nesta percepção uma linearidade no processo de construção da política³⁹. Entretanto, essas análises não captam as forças e as disputas que permanecem em todo o processo de vigência dessas políticas e nem as consequências após sua vigência.

Mattos e Baptista⁴⁰⁽¹⁹⁾ elucidaram que “nenhuma política formal é distante de um contexto social”. Eles consideram a potência de transformação das políticas no cotidiano e afirmam que elas expressam interesses em disputa, diferentes percepções de mundo e formas de construção social. Para os autores, as análises de políticas demandam uma interpretação dos embates e conflitos de interesse, dos acordos efêmeros que envolvem estas relações e das expressões sociais que envolvem essa construção. Incluem os diálogos estabelecidos nas diferentes dimensões do poder, em alguns aspectos visíveis e outros invisíveis. Neste contexto, os mesmos autores apresentaram uma compreensão de política que é designada⁴⁰⁽¹⁰¹⁾:

... como resultado de uma disputa de poderes e saberes, na qual predomina um discurso sobre os demais, que aponta para certas possibilidades de pensamentos (ideias, conceitos) e caminhos, e exclui outras. Exclui do discurso oficial, mas não do cotidiano das instituições e das práticas.

Assim, a multiplicidade do mundo do cuidado transita nos encontros e reverbera na vida e nos sistemas de saúde. Daí essa complexidade da produção do cuidado influenciado e ser influenciado pelo modo de pensar políticas de saúde³⁶. As formas de organização das práticas de cuidado em um sistema de saúde podem ser vislumbradas, então, como possibilidades de oferta que expressam determinadas apostas ético-políticas.

O conjunto desses aspectos reflete efeitos de práticas coletivas imersas em projetos em disputa nos quais diferentes relações de poder se fazem presentes. Nesse sentido, a

produção de uma compreensão acerca da situação vivenciada pelas Mães Órfãs, envolve uma aproximação desse intenso campo de disputas no qual determinadas possibilidades de produção do cuidado são cerceadas.

Desafios concretos enfrentados pelos trabalhadores da saúde, da assistência social e demais serviços que entram em contato com mulheres em situação de vulnerabilidade mostram que espaços que deveriam defender vidas estão submetidos a tensões que, cotidianamente, violam direitos humanos⁶. A biopolítica, ao determinar o cuidado promovido a essa população e a atenção à saúde que essas mulheres acessam ou não, transforma o espaço de acolhimento - que deveria ser o serviço de saúde - em uma extensão da política higienista do Estado, afastando-as do cuidado e agravando a sua situação de vulnerabilidade. A perspectiva de que a solução excludente ofertada seja absorvida ordeiramente é alimentada como um fluxo esperado e normalizado.

Em busca de uma Síntese

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prioriza o fortalecimento de vínculos familiares como medida protetiva à criança e ao adolescente e concebe o acolhimento institucional como excepcional e provisório. A suspensão do poder familiar poderia ocorrer apenas quando fossem esgotadas todas as possibilidades de convivência da criança ou do adolescente junto à sua família biológica⁵. Contudo, famílias em situação de vulnerabilidade não têm tido seus direitos respeitados. A retirada das crianças é, muitas vezes, sustentada como única alternativa e justificada pela incapacidade das mães cuidarem de seus filhos. É frágil o compromisso público com as vidas dessas mulheres. São produzidas máscaras que encobrem a complexidade dessa situação. O estigma do risco para a criança continua se sobrepondo às políticas de proteção às famílias.

A violência, impressa na responsabilização individual e nas intervenções discriminatórias a que mães e filhos em situação de vulnerabilidade estão expostos, demarca o desafio de desmontar discursos e práticas de indiferença e sofrimento, produzir novas alianças e formas de cuidar que apostem na defesa da vida de todos.

Superar as adversidades a que sujeitos capturados pelo racismo, pela pobreza, pela opressão à condição de gênero estão submetidos perpassa a construção de uma sociedade mais justa e solidária. Nesse sentido, é fundamental a oferta de políticas públicas que assumam o compromisso com a vida em suas diversas manifestações e sejam implicadas com a proteção daqueles que, em algum momento, estejam mais expostos a situações de vulnerabilidade. E faz-se necessário o rompimento com o sistema que se mantém pela existência de corpos descartáveis, cujo valor é medido pelo quanto são capazes de produzir.

Conceitos e análises apresentados neste texto evidenciam que as circunstâncias

vivenciadas por mulheres, impedidas de exercerem a maternidade, e por seus filhos, impossibilitados de crescerem com suas famílias biológicas, expõem o exercício do biopoder sobre corpos desconsiderados enquanto sujeitos de direito. A violência adentra as relações mais intensas que um ser humano pode experimentar e as estratégias de controle tentam exterminar a possibilidade transformadora da maternidade.

Nesse impasse, a produção do cuidado em saúde, entrelaçada a elementos macro e micropolíticos, depara-se com a necessidade de dar uma resposta digna a essas famílias. Cabe considerar as singularidades dos casos e oferecer dispositivos comprometidos com a universalidade do acesso à saúde, com a integralidade do cuidado e a superação das desigualdades sociais.

Para isso é crucial o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação de políticas intersetoriais que proporcionem redes de proteção a essas mulheres e crianças de forma a que elas possam viver juntas. Sem a garantia dessas políticas e redes, o exercício do direito à maternidade no Brasil encontra-se ameaçado.

O campo de disputas no qual as mães órfãs se encontram, na atualidade, exige um posicionamento ético-político que reconheça esses sujeitos excluídos como cidadãos com direitos e espaço na sociedade, assim como a produção de oportunidades que permitam conexões efetivas na defesa dessas famílias. Requer diálogos e práticas que coloquem em xeque a perpetuação de sistemas de exclusão e opressão na sociedade.

Ressignificar as vidas de mulheres e crianças expostas a tantas violências inclui iniciativas de agentes públicos e da sociedade civil dispostos a romper com práticas higienistas, com a produção do desemprego e precariedade da vida e com os complexos sistemas de subjugação em curso no mundo. A instituição de maternidades plenas, onde antes as existências eram invisibilizadas, representa interromper dinâmicas de dominação e potencializar transformações possíveis para um novo devir societário.

Referências

1. *Separação Compulsória de mães e seus filhos*. Revista Saúde em Redes, Porto Alegre, v.04, Suplemento 1, 2018.
2. JORGE, A.O.; MERHY, E.E.; PONTES, M.G. *Introduzindo a Pesquisa: uma trajetória de encontros*. Revista Saúde em Redes, Porto Alegre, v.04, Suplemento 01, p.09-26, 2018.
3. SILVA, R.A. *Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam*. 2015. 189f. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
4. BELLOC, M.M.; CABRAL, K.V.; OLIVEIRA, C.S. *A Desmaternalização das Gestantes Usuárias de Droga: violação de direitos e lacuna do cuidado*. Revista Saúde em Redes. Porto Alegre, v. 4, suplemento 1, 2018. p. 37-50.

5. SOUZA, C.M.B.; PONTES, M.G.; JORGE, A.O.; MOEBUS, R.N.; ALMEIDA, D.E.S. *Mães Órfãs: o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade*. Revista Saúde em Redes, v.04, Suplemento 01, Porto Alegre, p.27-36, 2018.
6. PONTES, M.G. *Mães Órfãs: produzindo novos olhares a partir de modos de existência e resistência singulares*. 2019. 141f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2019.
7. CORDEIRO, A.M.; OLIVEIRA, G.M.; RENTERÍA, J.M.; GUIMARÃES, CA. *Revisão Sistemática: uma revisão narrativa*. Comunicação Científica. v.38, n.6, p. 428-431, 2007.
8. ROTHER, E.T. *Revisão Sistemática X Revisão Narrativa*. Acta Paul. Enferm. São Paulo, v.20, n.2, p. v-vi, 2007.
9. MATTOS, R.A.M. *Contribuições da Arqueologia e da Genealogia para análise das políticas de saúde*. In: MATTOS, R.A.M; BAPTISTA, T.W.F. (orgs). Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, p.347-399.
10. AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA JÚNIOR, I. *Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde*. In: CAMPOS, G.W.S.; BONFIN, J.R.A.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M. DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). In: Tratado de Saúde Coletiva. 2ª Edição Revista e Aumentada. São Paulo: Editora Hucitec, 2012, p. 399-442.
11. ROUITTI, C.; MASSA, V.C.; PERES, M.F.T. *Vulnerabilidade e Violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.15, n. 37, p.377-389, 2011.
12. FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. Tradução Raquel Ramallete. 27ª Edição. Petrópolis: Vozes, 1987, 288p.
13. FOUCAULT, M. *Segurança, Território, População*. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 572p.
14. SILVA, K.L. *Promoção da Saúde em Espaços Sociais da Vida Cotidiana*. 2009. 182f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2009.
15. MELO, E.M. In: *Podemos Prevenir a Violência: teorias e práticas*. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde/OMS, 2010, p. 01-24.
16. DARDOT, P.; LAVAL. *A Nova Razão do Mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Trad: Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016. 413p.
17. ZIZEK, S. *Teme o teu próximo como a ti mesmo!* In: ZIZEK, S. *Violência*. 1ª Edição. São Paulo: Boitempo, 2014.
18. MOEBUS, R.L.N. *O Trágico na Produção do Cuidado: uma estética da saúde mental*. Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014,254p.
19. FOUCAULT, M. *Aula Inaugural de 17 de Março de 1976*. In: FOUCAULT, M. Em Defesa da Sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p.285-315.
20. FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986, 295p.
21. CHALHOUB, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. 2ª Edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2017, 278p.
22. MBEMBE, A. *Crítica da Razão Negra*. Tradução: Marta Lança. Lisboa: Antígona, 2014. 306p.
23. DAVIS, A. *Mulheres, Raça e Classe*. São Paulo: Editora Boitempo, 2016, 237p.
24. CRENSHAW, K. *Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero*. Estudos Feministas. Santa Catarina, v.10, 1º semestre, p.171-188, 2002.
25. HIRATA, H. *Gênero, Classe e Raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais*. Tempo Social, revista de sociologia da USP. São Paulo, v.26, n.01, p.61-73, 2014.

26. TATE, C. N.; VALLINDER T. *Judicialization and the Future of Politics and Policy*. In: TATE, C. N.; VALLINDER T. *The Global Expansion of Judicial Power*. Nova Iorque: New York University Press, 1995, p. 515-528.
27. RODRIGUES, E.; DAMICO, J.G.S. *Dispositivos Pedagógicos de Educação em Saúde Coletiva*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.22, n.64, p.285-294, 2018.
28. MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. *Novo Olhar sobre as Tecnologias de Saúde: uma necessidade contemporânea*. In: MERHY, E.E.; BADUY, R.S.; SEIXAS, C.T.; ALMEIDA, D.E.S.; SLOMP JÚNIOR, H. (Org.). *Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Coleção Políticas e Cuidado em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Hexis, 2016, v.1, p.59-72.
29. MALTA, D.C.; MERHY,E.E. *O Percurso da Linha do Cuidado sob a Perspectiva das Doenças Crônicas Transmissíveis*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.14, n. 34, p.593-605, 2010.
30. MERHY, E.E. *Multidão: esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias do bem comum*. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.24, supl.1, p.44-54, 2015.
31. SUNDNFELD, A.C.; FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, L.C. *Os Modos de Cuidar são Produzidos no Encontro. E no Plano dos Encontros o Apoio Como Dispositivo Pode Combater dos Investimentos da Biopolítica sobre a Vida*. In: MERHY, E.E.; BADUY, R.S.; SEIXAS, C.T.; ALMEIDA, D.E.S.; SLOMP JÚNIOR, H. (Org.). *Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Coleção Políticas e Cuidado em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Hexis, 2016, v.1, p.398-403.
32. ABRAHÃO, A.L.; MERHY, E.E. *Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.18, n. 49, p.313-324, 2014.
33. MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; GOMES, M.P.C. *Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado*. In: FEUERWERKER, L.C.M; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. (Org.). *Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas Redes*. Coleção Políticas e Cuidado em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Hexis, 2016, v.2, p. 25-34.
34. BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes; teoria e prática*. 5ª Edição. Belo Horizonte: Instituto Feliz Guattari, 2002, 213p.
35. FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e Saúde: Produção do Cuidado, Gestão e Formação*. Coleção *Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014. 175 p.
36. DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Editora Escuta, 1998. 199p.
37. MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B.. *Redes Vivas: Multiplicidades Girando as Existências, sinais da Rua. Implicações para a Produção do Cuidado e a Produção do Conhecimento em Saúde*. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n.52, p. 153-164, 2014.
38. MERHY, E.E. *Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades*. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.21, n.2, p.267-279, 2012.
39. VIANNA, A.L.A. *Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas*. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v.30, n.2, p. 5-43, 1996.
40. MATTOS, R.A.M.; BAPTISTA, T.W.F. *Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar política)*. In: MATTOS, R.A.M; BAPTISTA, T.W.F. (orgs). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, p.83-152.

Abordagem da violência por similitude

Antônio Carlos Gonçalves da Cruz
Mônica Beier
Rodrigo Leonardo Goulart Gonçalves
João Luiz de Magalhães
Elza Machado de Melo

Resumo

O saneamento da Violência demanda pelo acordo racional, que implica o sujeito com sua própria participação social. Ele humaniza apoiando-se na contradição performática do discurso. Por si, a similitude se amortece e conjuga as contradições com acordos, inspirando-lhes igualdações. Rodas podem levantar afinidades entre a similitude e a abordagem racional da Violência. Objetivando-se reconhecer a similitude como práxis vital, apresenta-se pesquisa qualitativa com entrevistas em profundidade e observações participantes das rodas de conversa do Ambulatório-Rede Para Elas. Realizou-se análise de conteúdo categorial temática. As rodas minoram desigualdades. Nelas se ambientam a práxis da autonomia e a similitude, como matrizes de recursos para sanear partições, na medida em que pessoas se reconhecem por um mesmo semblante ideal. A não atualização da própria melhora consiste em razão de violência. O Princípio de Semelhança permeia a igualdação com que pessoas em rodas de conversa se reconhecem e se ressubjetivam, por autodescobertas.

Palavras-chave: Violência; Similitude; Memória; Totalidade sintomática; Suspensão de juízo, Homeopatia.

Apresentação

A Memória de Própria Experiência, a Totalidade essencial e a Suspensão de Juízo são atributos com que se reconhece O Princípio de Semelhança, necessidade natural segundo a qual há vida em tudo e de cuja generosidade o favorecimento, o perdão e a amizade florescem em inteligente bem comum e em perspectiva cosmopolita. Participando ressonância entre as realidades, ele se manifesta por acordos em enredos conversivos, superando qualquer contradição. Essa coesão reconduz e aprimora acordos, reconhecimento e igualdade. Disso se colhe reforço da vitalidade, segundo evidência geral de que na união ou sintonia se experimenta força. Com ela, descortinam-se faculdades com que se equacionam injustiças e desigualdades. Da implicitude que implica desde o recuo da origem criativa, a Semelhança se reflete em comunhão amorosa para inspirar à vida espirais dialógicas e orgânicas como ordenação natural, fazendo com que tudo seja social e essencialmente verbal. Dessa forma, seria possível pensar esse movimento natural de coesão entrelaçamento em analogia com o movimento de rodas de conversa, preservadas as diferenças entre eles, especialmente, de um lado o fluxo natural dos fatos, de outro, a vontade e consciência, como os motores que os impulsionam. Consideraram-se violência e enfermidade como obstrução ao direito social e ao fluxo desimpedido da vida, ou assimilação, respectivamente. O entendimento de que violência corresponda à compressão do direito social encontra fundamentação em Melo. A perspectiva que a admite como discórdia ou enfermidade se assenta no vitalismo, consoante o qual vida é reconhecimento. Para a similitude, violência e enfermidade tratam do mesmo, ou seja, da asfixia da igualdade social, da isonomia entre potências orgânicas ou da práxis autônoma.

Direito social e práxis autônoma

O direito social diz respeito às condições necessárias a um qualificado fluxo da vida¹.

As diferenças sociais determinam iniquidades que se saneiam por meio da participação e empoderamento das pessoas. Conseqüentemente, é preciso zelar pela revalorização dos indivíduos como sujeitos de suas ações. Eles podem se resignificar e transformar a sociedade, democraticamente. A participação cidadã contraria o social não coeso e é indispensável para qualificar a vida, em busca de alternativas, pela igualdade e pelo bem-estar. Individual ou coletivamente, é o sujeito que deve ser reconhecido em sua singularidade. Conseqüentemente, convém que a cidadania se desenvolva no interesse dos indivíduos como sujeitos de direitos. Ela é condição de superação dos constrangimentos à realização da vida, por valoração da práxis autônoma².

A autonomia corresponde à interação que se abre para a conscientização de seus

constrangimentos e respectivas superações, mediante renovadora convivência social e sob fino ajuste entre teoria e prática³. A práxis da autonomia interessa à relação entre violência e doença, constituindo-se em cerne da noção de empoderamento individual e coletivo. O termo autonomia encerra a ideia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, reconhecendo-se que a alteridade é característica do ser e do realizar-se de cada indivíduo⁴.

Violência e autonomia

A OMS define violência no âmbito da subjugação de que possa resultar dano ao fluxo da vida e, entendendo-a enraizada na estrutura e dinâmica socioculturais como dilema mundial, conclui que ela pode ser evitada⁵. A violência é fenômeno que traduz a noção de força, constrangimento e dominação. Logo sua neutralização encontra-se na capacidade social de incluir, ampliar e universalizar os direitos e os deveres de cidadania. A violência é um fenômeno estranho à igualdade social e fomenta vulnerabilidade e exclusão de sujeitos individuais e coletivos. Para enfrentamento do processo objetificante que violenta o humano, demanda-se pela práxis da autonomia e conseqüente reconhecimento entre sujeitos^{3,6}.

A realização do reconhecimento entre sujeitos é tarefa que se parece com doloroso dar à luz um homem renovado e que demanda por entrega ao influxo da humanização, diante da tragédia da violência. Admitindo-se que a ordem injusta traz sob seu jugo opressores e oprimidos de momento, a vanguarda das ações de humanização cabe aos oprimidos, para própria libertação e, de modo inclusivo, alforria dos opressores. Somente pode ser libertador o amor que emane do processo com que são debilitados e ignorados os oprimidos. No âmbito deste amor, distingue-se a verdadeira, real e pura generosidade. Ela situa as mãos humanas no contexto cooperativo, solidário e transformador de mundo. Nessa dimensão é que a humanização pode melhor ser apreendida e ensinada a partir da ressignificação da opressão, mas a principal dificuldade é o tratamento que o oprimido dispense a si mesmo, mediante ressignificação própria, para se livrar da potencialmente condição opressora que ele traz consigo e manter-se engajado nesse trabalho. O êxito dessa tarefa depende da autonomia e responsabilidade de modo que a libertação, e conseqüente comunhão generosa, não sucumba pela opressão e permaneça inconclusiva. Com protagonismo e fala, é preciso trabalhar pela consciência da liberdade para decidir. O verdadeiro reconhecimento compreende a opressão na dicotomização de um e outros, de homem e mundo, de subjetividade e objetividade, onde a práxis autêntica é comprimida ou por verbalismo ou por ativismo. A solução do subjetivismo e do objetivismo pelo resgate da relação solidária, dialética e inclusiva, com que diferentes se assimilam para a transformação do mundo, necessita da inserção crítica com que o amor pleno atue no âmbito do momento, ou seja, já⁶.

Reconhecimento e direito social

Melo³ adota a Teoria da Ação Comunicativa e a Teoria discursiva do Direito e da Democracia de Habermas que se baseiam na interação intersubjetiva mediada pelo entendimento linguístico, discurso ou fala e suas pretensões de validade^{1,3,7}. Ações se dividem em comunicativas e estratégicas, consoante vínculo ou não com o acordo racional. As primeiras são caracterizadas pela cooperação mediada pelo entendimento linguístico, inspirado pelo mundo da vida para florescerem em práxis autônoma, atualizando o discurso racional em democracia e o discurso prático em direito. Entretanto, o interesse na ação estratégica é a subordinação dos outros atores em expediente coercitivo, chegando à colonização da vida de reconhecimento, constituindo-se em violência de gênero reproduzida em multiforme manifestação³. Se insuficientes os recursos contextuais para tratamento de eventual desacordo, o discurso pode aprofundar a ação comunicativa. Havendo obstinada resistência à pretensão de veracidade, valorar-se-ão nexos entre conduta e discurso. Se a problematização recair sobre a pretensão de verdade ou sobre a de correção normativa, o discurso será teórico ou prático, respectivamente. Em situação ideal, o discurso discute com exigente inclusão em que todos, igualmente, falam e ouvem com o mesmo peso e a simultaneidade vincula autonomia e universalidade pelo influxo da melhor argumentação¹.

Na ação comunicativa, todos os participantes se consideram iguais e livres. A comunicação ideal opera em todo o discurso real e orienta a argumentação para o melhor acordo. Entraves ao entendimento terminam por remeter o discurso à contradição performativa quando, então, o discurso se contraria. Assim, a comunicação caminha totalizando, superando termos e se universalizando, ideal e factualmente, mediante práxis de autonomia. Destarte, sujeitos permanecem vinculados cooperativamente³. Regularmente, a ação comunicativa manifesta o mundo da vida de um recuado saber implicativo, pré-teórico e implícito. Uma vez compartilhado pelos sujeitos da interação, assegura meios de entendimento intersubjetivo em dada ocasião. A suposta e inteligível esperança de validação do argumento se reconduz como um saber de tecer acordos. Então o mundo da vida se embute no ângulo que perspectiva e inspira um horizonte de reconhecimento interativo¹. Entretanto, o sistema “é o âmbito que se abre, dentro do mundo da vida”, com o desenvolvimento das ações orientadas pelo êxito, encimando-se distantemente de todos. Dessa maneira, sua regulação não mais se vincula aos sujeitos. Rebaixando indivíduos, o sistema os submete por alienação, degradação, exploração e opressão. Quando estratégias sistêmicas dominam interações do agir comunicativo, ocorre colonização do mundo da vida³. Logo, a desagregação colonizadora enferma sujeitos singulares e coletivos por anomia e alienação³ determinando que particulares forças transformadoras da vida se destaquem em individualismos selvagens e desintegração sociocultural. Destarte, trata-se de violência dispondo-se em violências¹. Se Violência consiste na objetificação por coerção sobre a práxis da autonomia, de que resulta dano ao reconhecimento entre

sujeitos, e se, a colonização do mundo da vida nada mais é do que a perda generalizada dessa condição, então, a colonização é violência por si própria, que gera mais violência¹. Compreendendo-se a violência a partir da colonização, seu saneamento envolve o desenvolvimento da vocação discursiva das pessoas, segundo uso das potencialidades interativas e transformadoras da linguagem como práxis social¹, considerando-se que os sujeitos sociais do reconhecimento recíproco se realizam cidadãos por autonomia e por autoria dos direitos a que se destinam¹. O entendimento linguístico, ao contextualizar a liberdade individual em interação social, significa abertura à universalização da autonomia que se ambienta no domínio da equivalência entre ação comunicativa e discurso, onde a vontade racional encontra seu preciso lugar. Admitindo-se que o princípio do discurso se torna princípio de direito e de democracia, bem como poder de comunicação e poder administrativo, compreende-se que a práxis da autonomia venha a ser meio de controle de estratégias sistêmicas e de totalização do acordo, da interação compartilhada⁷.

Violência e o acordo natural

Em consonância com a Similitude, homeopaticamente se trata enfermidade natural mediante reconhecimento da totalidade essencial de sua realidade dinâmica, por meio de semelhante memória experimental de efeitos puros de uma influência ou substância prévia e suavemente provada na saúde, em contexto de suspensão de juízo⁸. A terapêutica orientada pelo Princípio de Semelhança corresponde a aplicação do reconhecimento para se alcançar integração ou simplificação totalizante, por comunhão ou comunicação. De fato, uma medida homeopática, um símile, tem em um discurso específico seu princípio ativo que se reconhece blindado em influências e substâncias corpóreas cuja comprovação se dá conforme lei natural em regime de disponibilização do modo de pensar e de sentir em autoexperimentações. Nessa abordagem, por orientação simplificadora de reconhecimento, unificam-se expedientes médicos de indispensável prova prévia na saúde, de diagnóstico de enfermidade dinâmica, de prevenção e tratamento e de educação para a vida.

Entende-se por semelhança a necessária participação das ideias com relação às coisas⁹. Desde a inteligência, participativamente, a vida se realiza no melhor, bem comum ou no belo. Ela conforma unidades orgânicas essenciais em totalização de diversidades pelo influxo ideal de acordo, significando adequação, amizade entre as realidades, existência justa, generosa e de perdão de diferenças^{10,11,12}. Consequentemente, o Princípio de Semelhança orienta a práxis vital a tecer consonâncias em vida solidária e acolhedora de desigualdades, à maneira da reprodução da semente, conforme sua imagem, em muitas outras sementes similares. Acordos recordam acordos da fraternidade natural, comunicação pura que discursa perdão de diferenças em cultura de momento e que universaliza o favorecimento recíproco. De vez que a assimilação organiza, conserva e atualiza realidades orgânicas, consente-se em que ela oriente a coesão social pelo interesse no bem comum, terreno cidadão de moderação e de compartilhamento.

Então, o Princípio de Semelhança totaliza as realidades de que participa, com inspiração associativa. Da implicitude em que ele se institui como ideal, ele se abre a universos sociais fraternos e comunicativos, corresponsáveis na atualização de acordos sob a convenção do bem-estar. Logo, se o fluxo de aperfeiçoamento é impedido, o que disso se colhe é a inquietude do mal-estar, cuja angústia reforça a necessidade de se recuperar a senda do melhor, que demanda por comedimento, perdão de diferenças e acordo mais inclusivo, de que resulta reforço de vitalidade. Destarte, o acordo natural se vale do mal-estar para tratar a discórdia, o verdadeiro mal. Enquanto trabalha para recuperar sua memória nas coisas de que participa, o Princípio de Semelhança, simultânea e permanentemente, em si mesmo repousa e comunica *ser-enidade* aos que com ele se afinizam.

A assimilação reconduz a amizade em perspectiva universalizante, renovando alternativas que simplifiquem negações por conciliação mais e mais totalizante. Essa força de confraternizar, de manifestar co-naturalidade, sempre reage vivamente, com vigor e tenacidade, para neutralizar e opor amor e perdão à diferença, por ignorância ou esquecimento do acordo universal. A similitude aborda a desagregação a partir da parte mais enferma da disposição mórbida para alcançar melhor totalização, simplificação e economia, para se curar com brevidade, suavidade e racionalidade, segundo lei natural. Essa lei corresponde justamente ao Princípio de Semelhança⁸. Com o auxílio da similitude e de maneira singular, o enfermo predisposto à cura se recupera a partir de si mesmo, rememorando a ideia do acordo universal de que ele próprio participa, para se reconhecer, antes de tudo, susceptível e ferido na própria interioridade e, assim, perdoar as diferenças por se igualar com elas e assimilá-las^{13,14}. Nessa perspectiva, o Princípio de Semelhança saneia enfermidade revigorando a práxis humanizadora, libertando sua disposição da opressão, a partir do aparentemente mais oprimido nela⁶.

A Homeopatia se enraíza na medicina hipocrática que, a seu turno, atualiza a tradição de similitude terapêutica baseada na noção da necessidade natural de semelhança, de isonomia, de acordo ou de conjugação universal.

Fundamentalmente, a semelhança se caracteriza por dispor-se, enquanto mesmo, em oponência para trazer as diferenças sob domínio do favorecimento recíproco entre diferentes; pelo amor do coesivo acordo a alternativas isonômicas, moderadas, justas e sob medida, susceptíveis de serem representadas por direito, democracia e medicina; por determinar simplificação crescente de igualdades, em amor à união; pelo aprendizado por recordação a partir da memória de experiência; pela compreensão que liberta a igualdade de sua participação nas diferenças, nas sensações, opressões ou feridas; pelo amor ao *co-meço* que é simultâneo, que está na origem e concomitantemente no fim e que, desde que esteja o fim por se revelar, torna imprescindível que os dados da objetividade prática se reconheçam pela teoria, mediante práxis vital^{8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18}.

Em consequência, a semelhança universal continua a satisfazer o acordo por meio da reflexão, no domínio do próprio, da pureza, o que significa poder de amortecer contrariedades capaz de ensejar recursos a partir da própria essência; pelo reconhecimento recíproco com que diferentes chegam ao acordo pela força do argumento racional e que é o que condiz com o bem comum; pela medida que se dispõe em ação e reação ou que faz com que se encontrem nela mesma ação e reação, levando a que autores de sentenças a elas se destinem eles próprios em regime de igualdade social ou de cidadania; pela noção de que ela tanto é origem quanto fim das realidades^{10,11,12,18,19}.

A raiz do saber hipocrático encontra-se no pensamento de Alcméon de Crotona, para quem a enfermidade tende a partir a participação dinâmica ou isonomia entre as potências orgânicas, conforme ordem cósmica em que as qualidades se dispõem em mescla insuperável¹⁵. O predomínio ou monarquia de uma delas é causa de enfermidade. Hipócrates inclui na monarquia imoderações dos hábitos do regime de vida, modo de pensar e de sentir, com o que concordam Sócrates e Hahnemann^{8,12,14,20}.

A identificação da enfermidade com a dominação de certa potência sobre o organismo a equipara a violação da ordem cósmica ou à violência. Se a doença contraria a vida, fazendo-o semelhantemente à violência, sendo ambas assim confundidas em mesmos efeitos, então, elas se equivalem. A perspectiva que olha a violência da maneira como olha a enfermidade se implica com a noção que pensa a vida como manifestação da natureza ordenada por amizade radical, soberana e insuperável^{8,10,11,14}. Esse pensamento relaciona o acordo com a práxis vital ideal. Assim, de acordo com Hahnemann, a harmonia que se identifica com estado livre de violência se volta para os altos fins da existência e se implica com a transformação humana à procura cotidiana do melhor, da reconciliação com a Divindade generosa e criadora. Daí que eventuais resistências à autopromoção e ao autoconhecimento constituem violência, de vez que a recusa à melhora significa mal^{8,20}.

Ao assimilar, o acordo neutraliza a contradição para compartilhar características com o momento²¹.

Não sem razão, a cura por assimilação terapêutica deve se desenvolver no âmbito da brevidade⁸, do momento oportuno, da ocasião fugidia, da crise ou da mescla, que otimiza a cocção hipocrática^{10,11,13,14}.

Por enfatizar o domínio natural na noção de mescla isonômica, contexto em que coisa alguma se isola absolutamente, é que a proposição hipocrática de tratar mediante medidas o que contraria a natureza, que é a enfermidade ou a violência, não corresponde a combater com algum contrário exato, em expediente de fragmentação, mas significa, sim, contrariar o mal mediante poder do todo natural que neutraliza a partição. A assimilação amolece a dureza do não ao acordo, trazendo-o da rota de anulação do sim, para o rico contexto dialógico das razoáveis alternativas do não-sim^{10,11,12}. Ela acolhe o tempo das

coisas e confere brevidade ao crônico por cultura de presença ou de momento, com inteligência de agudizar a duração^{8,16}.

A noção de mescla concebe a natureza como uma e múltipla^{11,17,19}, como unidade radical, simplicidade moderadora de que participa conversivamente tudo o mais, por experiência que não a esquece e que pode ser organizada por inteligência, com suspensão de juízo²², em ordenação totalizante^{10,14,18}. A mescla é conjugação essencial entre lei e amor que assimila variações e que trata retalhos, criativa e transformadora, em dinâmica de reconhecimento^{8,10,18}.

A assimilação perdoa diferenças como o faz a memória experimental^{18,13,18}.

Mediante reminiscência, no fluxo de um impulso vital que propende à verdade, a inteligência simplifica a memória singular de experiência ou a percepção das sensações, conciliando no limite do momento, totalizando determinações por trabalho conversivo de reordenação, processo que fomenta o humano^{8,10,13}.

A conjugação vital pode ser, ainda, traduzida pelo verbo ou discurso, a um só tempo fundamental e disposto em realidades^{10,11,13,23}. Enfatizando a conexão natural, ela norteia o método assimilativo e médico de simplificar dados da dispersão sensível em imaginário inteligente autorizado pela prova na saúde, sob as luzes da prudência e da regra áurea que inspira a ação preparada por autoexperiência, dado que a assimilação discursa a experiência da unidade pela manifestação da trindade entre um e múltiplo.

A assimilação terapêutica se institui como práxis vital por tratar singulares desequilíbrios dinâmicos enfatizando a atenção aos indivíduos e coletividades particulares. Esse processo auxilia a ressignificação de sujeitos em perspectiva totalizante, mediante próprias memórias de experiências, para que eles melhor se relacionem com seus contextos de convivências, incluindo os ambientes⁸. Tal habilidade se implica com descompressão da práxis da autonomia^{10,11}. Então, o discurso do sujeito se desagrega em decorrência da alienação de seu estado, onde a percepção se dissocia da inteligência e há incapacidade de simplificar a dispersão. Em condições tais, as diferenças prevalecem sobre a conjugação, sobre o amor ou filia natural de perdoar diferenças com suspensão de juízo, e perde-se em poder de ressignificação de acordo com própria memória experimental^{10,12,13,14}.

Objetivo e Metodologia

Para se reconhecer a Memória de Própria Experiência, a Totalização Essencial e a Suspensão de Juízo do Princípio de Semelhança como fator de revivificação de mulheres em situação de violência e vulnerabilidade, apresentam-se três pesquisas qualitativas com entrevistas em profundidade e observações participantes da roda de conversas do Ambulatório-Rede Para Elas tratadas mediante análise de conteúdo categorial temática²⁴.

Resultados e Discussão

Produziram-se dezesseis entrevistas (E1 a 16) e doze observações participantes (R1 a 12). Os dados que seguem registrados resumem todos os demais e se abrem ao reconhecimento dos três aspectos do Princípio de Semelhança que motivaram as pesquisas. Os discursos coletados sobre as experiências das participantes da roda de conversas evidenciaram estreitas correspondências com os atributos do Princípio de Semelhança, em consonância com o referencial teórico desses estudos e com o qual construíram-se categorias com termos a eles relacionados. A seguir, são apresentados alguns desses discursos e as Categorias implicadas com eles, bem como respectivas coberturas teóricas.

1. Memória de Própria Experiência.

1.1 Experiência de Recordar Experiências: Vivências de Revivificação Rolando na Roda

Quando se escuta de R10 que: “(...) nós somos iguais. Cada um compartilha sua história, sua vida, e a gente vai conseguindo o melhor. (...)”, constata-se que o reconhecimento perpassa a relação intersubjetiva mediada pela conversa e envolve a memória de própria experiência, situação em que sujeitos se identificam, se fortalecem e se libertam da fragmentação desumanizante. É o que se confirma em R1: “(...) quero crescer e falar das experiências (...) já tive vontade de não viver mais (...) a gente não pode desistir (...) não pode perder a fé (...)”. A força do acordo supera desigualdades, enfermidades ou violência e é a única força admissível na práxis vital, sobre que se enuncia que o semelhante mais forte faz desaparecer da sensação o semelhante mais fraco. ^{8,10,12,13,14,16,17,19,20,23}

1.2 Aprendizado em Rodas de Reminiscências: Minimização de Pesares e Maximização do Melhor

O melhor é o mais adequado por refletir a ordem cósmica e corresponder ao mais semelhante, à reminiscência da unidade. Como acordo, é o que mais participa do bem comum, da pureza ideal nas coisas. Ouça-se E3 e verifique-se: “(...) A gente vai ouvindo as pessoas e vai descarregando os fardos que a gente tem (...) vai sumindo (...)”. A igualdade participa das igualdades por memória de própria experiência, em recordação compreendida como reminiscência, inspirando a conciliação entre fatural e contrafatural. Assim, o que se amalha serve à comunhão, como atesta E9: “(...) o que eu aprendo aqui dentro não fica só pra mim não, eu tento passar mais pras pessoas (...)”. ^{3,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16,21,23}

1.3 Roda que faz questão de resposta: Reconhecimento nas Interfaces de Um Rosto Comum

A natureza se reflete dinamicamente, realizando-se especialmente no homem

que transforma a vida falando e compreendendo mediante favorecimento recíproco. Os homens integram a natureza como seus próprios membros os integram. Observe-se em E1 a igualização, em que a memória de própria experiência comparece para que a vida seja ressignificada com o reconhecimento: “(...) a gente ouve os problemas do outro e vê que o da gente não é tão grande ou talvez no problema do outro a gente encontra respostas pro da gente (...)”. A assimilação questiona a igualdade em busca de respostas que resubjetivem pessoas e as autorizem pela virtude civil, ensejando comunhão de questões e soluções. O discurso de R5 pode mostrar a igualização respondendo necessidades de ressubjetivação: “(...) tem que ver o outro, eu descobri várias mudanças que devo fazer, descobri como mudar, mudar na vida, me evoluir, [roda] me ajuda a respeitar o outro” . 3,6,7,8,9,11,12,17,18,19

2. Totalidade Essencial

O Princípio de Semelhança significa a necessidade natural de acordo que une a diversidade em Totalidade Essencial. Como fundamento de conjugação ele age a maneira de verbo que discursa reflexões, conversões, pela força vital de tudo trazer em filia ou amizade^{1,2}.

2.1 A amizade solidária que coletiviza

O acolhimento vinculado à amizade natural, incluindo o abraço e o carinho, facilita a participação na roda de conversas, como diz E1: (...) um problema pesado (...) teve abraço de todas as maneiras (...) amenizou o sofrimento (...)”. Essa cooperação amorosa colabora para atender a necessidade de sujeitos em situação de violência e vulnerabilidade e, conseqüentemente, amenizar seus sofrimentos. A redução da desigualdade pelo abraço solidário, coletivo e social resulta em saneamento da violência. 2,4,14,17,18,23

2.2 As percepções do Princípio de Semelhança nas manifestações da igualdade em roda de conversas representam liberdade e igualdade entre eles, aos quais o reconhecimento recíproco promove o acordo racional, sem totalitarismo, sem força e sem coerção^{1,3,7}. Nesse ambiente os participantes esquecem as diferenças e se igualam, como diz E1: “(..) Cada pessoa tem sua maneira de ser (...) os profissionais se igualam (...) a desigualdade desaparece (...)”. Vê-se que em contexto de igualdade uns e outros se assemelham. Na participação igualitária de todos não predomina a tirania, logo, não há violência. Como participação, singularidade e totalidade se acolhem, assim se acolhem um e múltiplo^{8,12,17}. Esse princípio (*arché*) que associa opostos, singular e múltiplo, totaliza^{8,14,17}.

2.3 A libertação de sujeitos em rodas de conversas se realiza quando a pessoa é capaz de buscar em si mesmo o necessário e essencial, em expediente de recordação da igualdade, que comunga E1: “(...) Todos ganham liberdade de se expressar (...) todo mundo é igual (...) é a simpatia dos profissionais (...) aquela pessoa tem liberdade, para dizer o que

ela pensa (...)”. A autolibertação ressignifica a pessoa. Assim, ela se institui sujeito de fala, cujo poder conversivo traduz a própria conversão em capacidade de converter desacordos e superar constrangimentos à comunicação, à vida cooperativa.^{8,9,14,18,21}

2.4 O desenvolvimento da autonomia e a ressignificação

A autonomia olha para a independência com que o próprio se institui por si mesmo. Ela se realiza como práxis social em contexto de interação de um e múltiplo e, portanto, de totalidade essencial.^{8,14,17,18,23}

Em ressignificação, E1 e E4 declararam: “(...) eu não chamo problema mais de problema (...) eu chamo de desafio (...)” e “(...) consegui melhorar minha vida (...) uma saída (...) aprendi andar com as minhas pernas (...)”. Essas mudanças refletem as transformações. A roda de conversa representa uma totalidade essencial dinâmica facilitadora da realização da autonomia dada pela singularidade que se abre a inclusão social. Associada à igualização que trata a oponência por semelhança, a autonomia torna o sujeito capaz de gerenciar a solução do próprio problema ao minimizar o sofrimento particular diante de outros maiores.^{8,14,17,19,21,23}

3. Suspensão de Juízo

3.1 Perdão de diferenças como abraço na roda de conversas

“(...) aparece a proposta do abraço na roda e todo mundo se levanta para se abraçar” (R3, observação de abraço no meio de um relato de participante).

O contar as próprias histórias, as experiências de vida na roda, promove aproximações em semelhanças, com perdão de diferenças. Ele aproxima diversos, em assimilação no momento, tornando-se apropriadas (como reconhecimento falas que preenchem certos requisitos de validade), onde então se manifesta o acordo a meio.^{3,6,7}

A suspensão de juízo perdoa diferenças por cultura de momento ou de presença, para entender que toda a realidade, do micro ao macroorganismo, representa-se em cada diversidade, mesmo que contrária. O reconhecimento com participação não prescinde da suspensão de juízo para favorecer e confirmar a amizade natural e libertar suficiente e autonomicamente.^{3,4,6,7,9,18,23}

3.2 O momento oportuno na roda de conversas

“Chegou a oportunidade, agora que chegou a hora docê” (E4).

É no tempo propício ou no momento oportuno que se manifesta o favorecimento

de bem, de bem comum, de comunhão. Conciliação de contrários ou o aproximá-los em essência, *como-um*¹⁴. Esse o potencial do momento: *a-preender* e *com-preender* as possibilidades daqueles que vem a se opor, como *opor-t-unidades* de acordo^{8,19,20}. A exemplificar o momento a conciliar diversos, serve-nos o mito de Janus, um deus de dupla face da mitologia romana, como faces em disposição contrária em moeda, representando o acordo. Deus das passagens, dá nome ao primeiro mês do ano; de visão ampla, foi um rei dotado de visão do passado e futuro, por auxílio de moderação ou de prudência, o que propiciou grande prosperidade a seu reino.

3.3 A sabedoria de não-saber na roda de conversas

“Eu acho que a sabedoria melhor vem é mesmo aqui da roda”
(E11).

Proveniente da filosofia cética, a suspensão de juízo (*Epoché*) faz-se necessária à realização do conhecimento, no ato observatório. Com Husserl, o conhecimento de essência, ou ‘*com-sciência*’, é atingido por uma experiência baseada em vivência pura com o objeto estudado²². Em Sócrates, é como arte parteira que se põe não sendo parturiente, não mais sendo fértil, (entretanto, admitindo ter experiência); não é sábio, nem o progenitor da ideia, mas um auxiliar artífice; a mais, sendo um reconhecedor do poder de semente daquele que gesta²¹.

O *arkhé* filosófico, admiração, problematiza o mundo e tem como consequência a atitude, o pensamento e a reflexão, dando tratos de inteligência. Essa, por sua vez, dá ideia do manejo do “logos”, de “lig-ência”, de “diá-logos”, de “re-lóg-io”, portanto, de mão, de conciliação, de apreensão, de precisão (como precisão cirúrgica, de “chiros” ou mão, de Quirão como símbolo médico) e, ainda, de espanto, de momento, de instante, de brevidade, como o “logo”. De maneira semelhante, Hahnemann traz o ter à mão, o apropriar-se do conhecimento de medicamentos homeopáticos em base a experimentação pura, na própria saúde do médico para, mediante “re-conhecimento” de desequilíbrios dinâmicos de saúde, remediá-los.^{8,12,20,21}

Nas rodas de conversas, em que se manifesta o perdão de diferenças, apreendem-se experiências como se fossem próprias, em *com-sentimento*. Assim, o aprendiz que se apropria desse saber o transforma para, de modo autônomo e participante, passar adiante^{1,3,4,6,7}. Ao professar fala, demonstra-se a imagem da espiral conversiva em que, sob suspensão de juízo, não há aprendiz, não há professor, há *com-junto*.

Considerações finais

Por se estabelecer em experiência suave e prévia na saúde, é admissível que a terapêutica homeopática aprimore a práxis vital por razões dispostas entre dois âmbitos. De

um lado, no marco da autonomia, por não prescindir da memória de própria experiência, da totalização essencial e da suspensão de juízo, no domínio orgânico que fomenta o humano e que representa a vida em sua singularidade. De outro, no âmbito do reconhecimento que acolhe a situação de vulnerabilidade, por manejar medidas já vivenciadas pelo próprio mediador terapeuta, em evidente promoção da simpatia e do *com-sentimento*, da compreensão amorosa em que a implicação se fortalece pelo influxo da reciprocidade, sob a égide do regramento áureo. No domínio da participação responsável, o Princípio de Semelhança faz conjunto entre as múltiplas alternativas e a singularidade, em dinâmica comunicativa de todos por um e de um por todos, em trabalho conversivo e ressonante, que desenha a roda verbal ou espiral fenomenológica, onde tudo volta naturalmente, sem que volte do mesmo modo, naturalmente ainda (). Nessa conversa fenomenológica, em roda ou espiral ressonante que respira inclusão, um e múltiplo se neutralizam reciprocamente pela unidade natural. O Princípio de Semelhança reconhece por sugestões de reciprocidade, e discursa o acordo para se manifestar por rodas de conversa. Destarte, a similitude acontece nos âmbitos ideal e prático da conversiva roda viva e dinâmica. Em momentos diversos, ele inspira, conspira e respira na experiência de particulares conversões, como espiral fenomenológica que exprime a potência conversiva do discurso.

Claro está que a ação comunicativa traz o discurso como sua forma reflexiva pura para enriquecer o entendimento intersubjetivo, superar constrangimentos e fomentar a práxis da autonomia. É evidente, ainda, que a pujança desse roteiro dialógico e cidadão, em seu desdobramento em direito e democracia, resulta em saneamento da violência. Assim, se consente em que, de fato, o saneamento da violência aconteça em rodas de conversa. Como elas representam o lugar dinâmico onde se reúnem as melhores condições para que a práxis vital aconteça, é aceitável pensar que o Princípio de Semelhança contribua para se planejar, elaborar e atualizar o saneamento da violência.

Referências bibliográficas

1. MELO, E.M. **Podemos prevenir a violência – teorias e práticas**. Brasília: Editora Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278p.
2. ZIONI, F.; WESTPHAL, M.F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saude soc**, v. 16, n. 3, p. 26-34, dez, 2007.
3. MELO, E.M.; *et al.* Promoção de Saúde como Práxis de Autonomia e de Mudança. In: MELO, E.M.; *et al.* **Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança**. Belo Horizonte: Folium. 2016.
4. FLEURY-TEIXEIRA, P. *et al.* Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, suppl.2, p. 2115-2122, dez, 2008.
5. KRUG E.G. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Organização Mundial de Saúde, Geneva, 2002.
6. FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.
7. MELO, E.M.; MELO, V.H. **Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós**. Belo Horizonte: Folium, 2016. Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 2.

8. HAHNEMANN S. **Organon da arte de curar**. Trad. Da 6 ed. alemã de 1810 por VILLELA E. M., e SOARES I.C. Ribeirão Preto: Robe Editorial, IHFL. 1996.
9. PLATÃO. **Parmênides**. In: Bini, E (editor). Diálogos de Platão. São Paulo: Edipro. 2009b, v. IV, p. 31-85.
10. PLATÃO. **Fédon**. In: Bini, E (editor). Diálogos de Platão. São Paulo: Edipro. 2008b, v. III, p. 187-278.
11. PLATÃO. **Fedro**. In: Bini, E (editor). Diálogos de Platão. São Paulo: Edipro. 2008a, v. III, p. 31-110.
12. PLATÃO. **O Banquete**. 5ª ed. Trad. Souza JC. São Paulo: Ed Nova Cultural. 1991.
13. HIPÓCRATES. **Preceptos**. In: GUAL, Carlos Garcia (editor). Tratados hipocráticos. Madrid: Editorial Gredos, 1983c, v. 1, p. 311-320.
14. HIPÓCRATES. **Sobre la Medicina Antigua**. In: GUAL, Carlos Garcia (editor). Tratados hipocráticos. Madrid: Editorial Gredos, 1983f, v. 1, p. 135-182.
15. ENTRALGO, P.L. **La Medicina Hipocrática**. 2ª edição (reimpressão). Madrid: Alianza Universidad. 1987.
16. HIPÓCRATES. **Enfermidades I**. In: GUAL, Carlos Garcia (editor). Tratados hipocráticos. Madrid: Editorial Gredos, 1990, v. 6, p. 27-74.
17. HIPÓCRATES. **Sobre el alimento**. In: GUAL, Carlos Garcia (editor). Tratados hipocráticos. Madrid: Editorial Gredos, 1997a, v. 3, p. 249-261.
18. HIPÓCRATES. **Sobre los lugares em el hombre**. In: GUAL, Carlos Garcia (editor). Tratados hipocráticos. Madrid: Editorial Gredos, 2003, v. 8, p. 89-136.
19. HIPÓCRATES. **Epidemias VI**. In: GUAL, Carlos Garcia (editor). Tratados hipocráticos. Madrid: Editorial Gredos, 1989b, v. 5, p. 211-250.
20. HAHNEMANN, S. **Escritos Menores**. R.E. Dudgeon. tradução de Freitas Bazílio. São Paulo: Editora Organon. 2006.
21. PLATÃO. **Teeteto**. In: Bini, E (editor). Diálogos de Platão. São Paulo: Edipro. 2003c, v. I, p. 41-156.
22. HUSSERL, E. **Idéias para uma Fenomenologia Pura e para uma Filosofia Fenomenológica**. São Paulo: Idéias & Letras, 2006.
23. UBALDI, P. **Deus e Universo**. 3a ed. Campos dos Goytacazes: FUNDÁPU. 1987.
24. MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 2010.

Características da violência nos diferentes ciclos de vida: uma revisão da literatura

Fabília Soares Freire Pugêdo
Deborah Carvalho Malta
Elizângela Gonçalves de Souza
Elza Machado de Melo

Resumo

O estudo analisou a produção científica relacionada ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), quanto às características da violência nos ciclos de vida. Trata-se de Revisão Integrativa da literatura. Entre as crianças, o local de ocorrência predominante da violência foi a residência com autoria dos pais. Entre os adolescentes, verificou-se a via pública como local de destaque e o desconhecido como autor. Entre as mulheres, o parceiro íntimo destacou-se como maior perpetrador. Entre os homens, predominaram as ocorrências praticadas em via pública e por desconhecidos. Em relação aos idosos predominaram as ocorrências praticadas pelos filhos. A raça/cor negra foi destacada entre as vítimas em todos os ciclos de vida. O uso de bebida alcoólica foi associado como fator de risco para a ocorrência da violência. Conclui-se que a análise dos dados provenientes do VIVA, permite a elaboração e implementação de Políticas Públicas voltadas para o enfrentamento da violência.

Palavras-chave: *Sistemas de Informação em Saúde, Violência, Causas externas, Inquéritos e questionários, Estatísticas de Saúde.*

Introdução

As causas externas (acidentes e violências) provocam grande impacto na área da saúde pública, aumentando a morbimortalidade e diminuindo a qualidade e expectativa de vida^{1,2}. Além de produzir altos custos sociais, econômicos, familiares e pessoais¹.

Visando melhorar a qualidade das informações para o monitoramento da morbimortalidade por causas externas, no ano de 2006, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)^{3,4}, sendo estruturado em dois componentes: a) VIVA inquérito; b) VIVA contínuo no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁵. Os dados disponibilizados pelo VIVA, permitem conhecer a magnitude e a gravidade dos acidentes e violências, subsidiando o planejamento e implementação de Políticas Públicas voltadas para a prevenção e promoção da cultura da paz^{5,6,7}.

O estudo atual, propõe analisar a produção do conhecimento relacionado ao VIVA, quanto às características das violências praticadas em todos os ciclos de vida.

Métodos

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) da literatura, que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada^{8,9}. Este método permite obter um entendimento aprofundado de um fenômeno, contribuindo para a análise das evidências científicas, discussão dos resultados e proposição de outros estudos¹⁰.

Mendes et al.⁹ relataram em seu estudo que a RI deve ser realizada com um grande rigor metodológico e identificaram seis etapas para sua realização, sendo elas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão/exclusão de estudos e busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão síntese do conhecimento.

Definição do tema e coleta dos dados

O processo de elaboração da RI se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa que apresente relevância para a saúde¹¹. A questão norteadora desta pesquisa foi: Quais as características da violência nos diferentes ciclos de vida de acordo com dados do VIVA?

Na segunda etapa foram adotados os seguintes critérios para inclusão ou exclusão

de estudos. Os critérios de inclusão foram a) Pesquisas que utilizaram dados provenientes do VIVA Inquérito ou do VIVA Contínuo(SINAN), módulo violência, que abordassem o tema da violência em todos os ciclos de vida; b) Estudos primários, com textos completos, nos idiomas português, inglês ou espanhol; c) Acesso gratuito da publicação na íntegra, com indexação disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); d) Artigos publicados entre os anos de 2006 e 2017.

Os critérios de exclusão foram: a) Estudos que não apresentassem dados provenientes do VIVA; b) Estudos que não abordassem a temática da violência; c) Estudos que não analisassem as características da violência em algum ciclo de vida; d) Estudos de revisão de literatura.

Na busca da literatura foram acessadas as bases de dados por meio da BVS, sendo utilizadas: BDEF (Base de dados de Enfermagem), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos, IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Os termos foram selecionados de acordo com a questão norteadora deste trabalho e foram utilizados os seguintes descritores registrados em Ciências da Saúde (Desc Biblioteca Virtual em Saúde): a) Sistemas de Informação em Saúde/Health Information Systems; b) Violência/Violence; c) Causas externas/External Causes; d) Inquéritos e questionários/Surveys and Questionnaires; e) Estatísticas de Saúde/Health Statistics.

Tratamento e análise dos dados

Os artigos recuperados tiveram seus títulos e resumos lidos e foram catalogados de acordo com o ciclo vital: a) Violência contra a criança e o adolescente (0 a 19 anos); b) Violência contra o adulto e a mulher (20 a 59 anos); c) Violência contra o idoso (60 anos e mais).

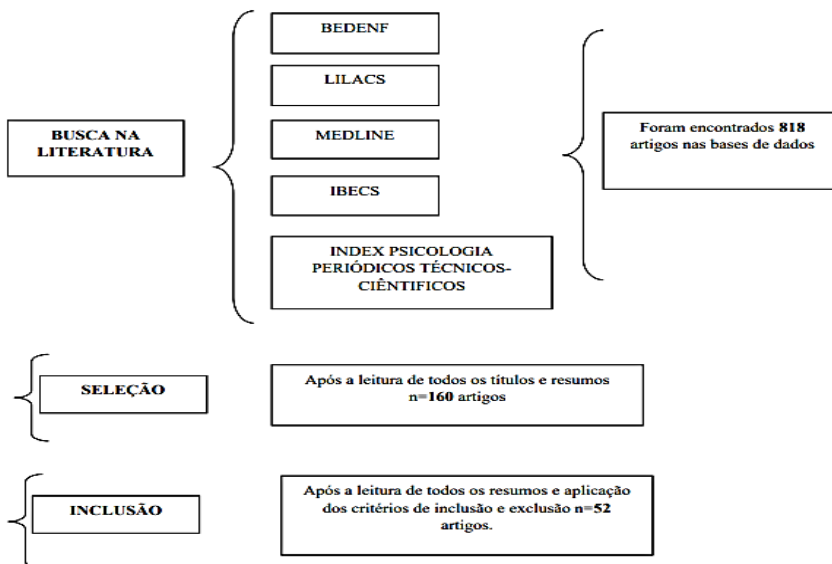
Resultados

Foram recuperados 818 artigos nas bases de dados, sendo realizada a leitura de todos os títulos e resumos. Nos casos em que ainda houveram dúvidas quanto a inclusão do estudo, o mesmo foi lido na íntegra, sendo incluídas na amostra 52 publicações.

A Figura 1 apresenta os dados referentes à busca, seleção e inclusão das publicações na RI. Os artigos selecionados foram catalogados segundo o ciclo vital, o periódico e o ano de publicação, e foram apresentados na Tabela 1.

Quanto ao ano de publicação, houve maior frequência de publicações no ano de 2012. A violência contra os adultos foi a mais abordada, representando 54% dos artigos.

Figura 1- Fluxograma de busca, seleção e inclusão de artigos.



Fonte:Dados compilados pelas autoras

Em relação ao componente VIVA, 54% dos artigos recuperados apresentaram dados referentes ao VIVA SINAN.

Características da violência contra as crianças e os adolescentes

Foram recuperadas 18 publicações que abordaram a temática da violência contra crianças e adolescentes, sendo que 61% analisaram dados provenientes do VIVA contínuo (SINAN). O sexo masculino foi o mais destacado entre as vítimas. A raça/cor da pele foi destacada por 11 publicações, sendo os negros as principais vítimas (64%). Quanto a tipologia da violência, a negligência foi a mais frequente (54%) das publicações. Vale ressaltar que, de acordo com os artigos, há uma diferenciação na tipologia da violência de acordo com a faixa etária, sendo que, as crianças, principalmente as mais jovens, sofrem mais com a negligência, e os adolescentes, entre 15 a 19 anos, foram vítimas de violência física. A residência foi destacada por 14 publicações como o principal local de ocorrência, entretanto entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a via pública foi o local mais frequente e a escola o local mais frequente para a ocorrência entre os adolescentes de 10 a 14 anos. Os estudos apontaram os pais como os principais agressores entre as crianças; o amigo, foi o perpetrador entre os adolescentes mais jovens e o desconhecido entre os adolescentes mais velhos. O uso de bebida alcoólica pelos agressores foi evidenciado por

Tabela 1- Revisão das publicações referentes a violência segundo ciclo vital, periódico e ano de publicação, Brasil 2006 a 2017.

| Características | Crianças e adolescentes | | Adultos | | Mulheres | | Idosos | | Total | |
|--|-------------------------|------|---------|------|----------|-----|--------|-----|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| <i>Total de publicações (N = 52)</i> | | | | | | | | | | |
| <i>Período das publicações</i> | | | | | | | | | | |
| 2006 a 2008 | 1 | 1,9 | 2 | 3,8 | - | - | - | - | 3 | 5,7 |
| 2009 a 2011 | 1 | 1,9 | 4 | 7,6 | - | - | 1 | 1,9 | 6 | 11,5 |
| 2012 a 2014 | 7 | 13,4 | 10 | 19,2 | 4 | 7,6 | 1 | 1,9 | 22 | 42,3 |
| 2015 a 2017 | 9 | 17,3 | 3 | 5,7 | 5 | 9,6 | 4 | 7,6 | 21 | 40,3 |
| <i>Periódico de publicação</i> | | | | | | | | | | |
| Ciência e saúde coletiva | 8 | 15,3 | 4 | 7,6 | 2 | 3,8 | 2 | 3,8 | 16 | 30,7 |
| Epidemiologia e Serviços de Saúde | 1 | 1,9 | 6 | 11,5 | 1 | 1,9 | - | - | 8 | 15,3 |
| Cadernos de Saúde Pública | 2 | 3,8 | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 | 5 | 9,5 |
| Espaço para a Saúde | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 | - | - | - | - | 2 | 3,8 |
| Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia | - | - | - | - | - | - | 2 | 3,8 | 2 | 3,8 |
| Revista Brasileira de Enfermagem | - | - | 1 | 1,9 | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Boletim Epidemiológico Paulista | 1 | 1,9 | - | - | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Cuidarte Enfermagem | - | - | 1 | 1,9 | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Revista da Associação Médica Brasileira | 1 | 1,9 | - | - | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Enfermagem em Foco | 1 | 1,9 | - | - | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Interfaces Científicas: saúde e ambiente | 1 | 1,9 | - | - | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Revista da Faculdade de Odontologia | - | - | - | - | 1 | 1,9 | - | - | 1 | 1,9 |
| Divulgação em saúde para debate | - | - | - | - | 1 | 1,9 | - | - | 1 | 1,9 |
| Tese - LILACS | - | - | - | - | 1 | 1,9 | - | - | 1 | 1,9 |
| Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde | - | - | 1 | 1,9 | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Cadernos de Saúde Coletiva | - | - | 1 | 1,9 | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Revista de Enfermagem da UFSM | - | - | 1 | 1,9 | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Psicologia: ciência e profissão | 1 | 1,9 | - | - | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Revista de Enfermagem da UFPI | 1 | 1,9 | - | - | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Revista Brasileira em promoção da saúde | 1 | 1,9 | - | - | 1 | 1,9 | - | - | 1 | 1,9 |
| Revista de Enfermagem UFPE | - | - | - | - | 1 | 1,9 | - | - | 1 | 1,9 |
| Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research | - | - | 1 | 1,9 | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Saúde em Foco | - | - | 1 | 1,9 | - | - | - | - | 1 | 1,9 |
| Interfaces Científicas: humanas e sociais | - | - | - | - | - | - | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 |

Fonte: Dados compilados pelas autoras

4 publicações como fator de risco para a ocorrência da violência. A recorrência dos eventos violentos foi uma temática recorrente

Caracterização da violência contra os adultos

Foram recuperadas 28 publicações que abordaram a temática da violência contra os adultos, sendo que 9 analisaram a violência contra a mulher.

A violência contra a mulher

As mulheres vítimas de violência eram jovens, de 20 a 39 anos, negras (67%), ate oito anos de estudo (71%). A violência física foi a mais frequente, sendo destacadas também a psicológica e a sexual. O parceiro íntimo/cônjuge foi destacado como o maior perpetrador da violência e a residência apontada por 100% dos estudos como o principal local de ocorrência. O uso de álcool pela vítima ou agressor nas últimas 6 horas antes da ocorrência do evento foi apontado em 4 estudos. A recorrência da violência foi destacada por 3 publicações.

A violência contra os homens

Entre os homens as características mais frequentes das vítimas foram: 20 a 39 anos, negros (73%), até oito anos de estudo (86%). A violência física foi a mais frequente. A via pública foi principal local de ocorrência (73%), e o desconhecido o principal autor da agressão. O uso de álcool pela vítima/agressor até 6 horas anteriores ao evento foi destacada por 11 publicações e eventos recorrentes foram frequentes.

A violência contra os idosos

A temática da violência contra os idosos foi destacada por seis publicações, sendo que 83% analisaram dados provenientes do VIVA contínuo. As vítimas entre os idosos eram de cor negra, com até 4 anos de estudo, na maioria viúvos e os solteiros. A violência física foi a mais frequente, seguida de negligência, psicológica e financeira. A residência foi destacada como o principal local de ocorrência, sendo os filhos os principais perpetradores dos eventos. O uso de álcool pelo agressor foi destacado por duas publicações. A recorrência da violência foi evidenciada por metade dos estudos.

Discussão

O estudo apontou diversas características da violência, segundo ciclo de vida, mostrando a vulnerabilidade das vitimas, de cor negra, baixa escolaridade, sendo a residência o local de ocorrência da violência contra crianças, idosos e mulheres e os perpetradores da violência foram parentes próximos. Os adolescentes mais velhos e

homens foram vítimas da violência urbana, praticada em vias pública por desconhecido. O uso de bebida alcoólica foi associado como fator de risco para a ocorrência da violência.

Crianças e adolescentes do sexo masculino foram as principais vítimas de violência, conforme destacado em outros estudos¹²⁻¹⁴. As crianças mais jovens sofreram mais negligência, conforme destacado por Rates et al¹⁵, apontando sua vulnerabilidade. A residência foi evidenciada como o principal local de ocorrência da violência contra crianças. Deslandes et al.¹⁷, afirmaram que a residência deveria ser o local de proteção e educação das crianças e acaba se tornando palco para os diferentes tipos de violências, transgressões do poder/dever e coisificação da infância.

Entre os adolescentes a violência física, nas vias urbanas foi predominante. Segundo Malta et al.¹⁶, este dado expressa hábitos de vida como sair com mais frequência, maior liberdade conferida pela família, frequentar festas e baladas, sendo os adolescentes mais expostos aos riscos nos espaços públicos.

A escola foi o local de ocorrência preponderante entre os adolescentes mais jovens (10 a 14 anos)¹⁶. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)¹⁸ mostrou que os estudantes estão mais expostos as situações de violência no trajeto realizado até a escola e no próprio ambiente escolar, sendo as principais motivações para tais agressões, a intolerância contra negros, orientais e homossexuais nas escolas públicas, e contra aqueles que fogem do padrão estético de altura/peso e de consumo nas escolas privadas.

Os pais foram os principais agressores das crianças. Este fenômeno pode ser explicado pela vinculação da violência ao processo cultural de educar as crianças por meio de castigos e ameaças¹⁵. A recorrência da violência contra a criança e o adolescente foi evidenciada pelas publicações assumindo um percentual de até metade dos atendimentos. Fonseca et al.¹⁹ apontam a necessidade de ações efetivas desde a primeira ocorrência da violência, visando minimizar os danos causados às crianças pela repetição das agressões.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência contra a mulher é definida como qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto no âmbito **público como na esfera privada, revelando** desigualdades entre homens e mulheres, sendo uma das violações de direitos humanos mais reconhecidos e praticados no mundo²⁰.

As mulheres negras foram as mais violentadas. Segundo Farias e Aras²¹, este dado pode ser explicado devido as mulheres negras serem destituídas de poder econômico e com menor ascensão social, estando mais vulneráveis às múltiplas violências de gênero e menos instrumentalizadas a buscar apoio institucional.

O cônjuge/parceiro íntimo foi destacado como o principal perpetrador dos atos violentos contras as mulheres, e a residência o local predominante para sua ocorrência. A violência de gênero envolve os papéis sexuais e de gênero, a família como espaço privado

onde se estabelecem normas e valores, a hierarquia do poder masculino e o ideário da superioridade dos homens em relação à mulher, levando a perpetuação da violência²².

A associação do álcool com a ocorrência da violência contra a mulher foi destacada. De acordo Rodrigues et al²³ por ser uma droga socialmente aceita, o álcool é mais largamente consumido podendo levar a mudanças de humor e comportamento, favorecendo a ocorrência de atos violentos.

Os adultos jovens (20 a 39 anos) foram as vítimas mais frequentes. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)²⁴ mostraram que desde 1980 está em curso no Brasil, um processo gradativo de vitimização letal da juventude. Dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)²⁵, apontaram que entre os anos de 2005 e 2015, houve um incremento de 17,2% na taxa de homicídios de indivíduos entre 15 e 29 anos.

Quanto à escolaridade, os homens atendidos informaram terem concluído até 8 anos de estudo. Para Cerqueira et al. ²⁴, a falta de oportunidades educacionais e laborais acaba condenando os jovens a uma vida de restrição material e de anomia social, que terminam por impulsionar uma trajetória de delinquência e crime.

Os homens negros representaram maior proporção entre as vítimas. Cerqueira e Coelho²⁶ revelaram, que no Brasil, de cada 7 indivíduos assassinados, 5 são negros. O Atlas da Violência 2016²⁷, evidenciou um crescimento na taxa de homicídio de afrodescentes (+19,8%), e diminuição da vitimização de indivíduos de outras raças (-13,7%). Esses dados refletem a falta de políticas sociais, práticas educacionais discriminatórias e perpetuação de estereótipos sobre o papel do negro na sociedade²⁶.

O envelhecimento acelerado da população brasileira ²⁸⁻³⁰ torna-se um grande desafio para a Saúde Pública. Os idosos passam por muitas dificuldades, algumas decorrentes da vulnerabilidade fisiológica dessa faixa etária, que os tornam vítimas em potencial de diversas mazelas sociais, dentre as quais a crescente violência observada em nossos dias³¹. De acordo com Gaioli e Rodrigues (2008)³², os maus tratos aos idosos estão cada vez mais evidentes na sociedade, adquirindo dimensão social e para a saúde.

O estudo apontou que os idosos solteiros ou viúvos e de baixa escolaridade são mais vulneráveis para a ocorrência da violência, o que esta de acordo com outras publicações³³. De acordo com Pinto et al.³³, quanto menor o grau de escolaridade, menor acesso a informações, que podem resultar em respostas inadequadas perante as dificuldades e limitações do idoso.

A violência física foi a mais predominante entre idosos, seguida de negligência/ abandono. O que discordou de estudo que analisou 712 prontuários de um serviço de disque-denúncia e demonstrou que 85% dos idosos sofriam negligência e abandono³³. Os filhos foram destacados como os principais agressores, o que esta de acordo com outros estudos ^{33,34}. A residência foi evidenciada como o local mais frequente para a ocorrência

da violência entre os idosos, o que pode estar relacionado com o choque de gerações, permeado por disputas pelo espaço físico e também por dificuldades financeiras na família³⁵.

O uso de bebida alcoólica pelo agressor foi destacado como um fator de risco para a violência. A Organização Mundial da Saúde (OMS)³⁶, afirma que problemas com uso de álcool são associados à violência contra os idosos e os agressores provavelmente apresentam distúrbios de personalidade, abuso de outras drogas e dificuldade na relação idoso-cuidador.

O estudo realizou revisão de literatura sobre as notificações da violência doméstica e do VIVA inquérito. Foram incluídos 52 artigos que analisaram as características da violência de acordo com os ciclos de vida, as desigualdades segundo raça/cor, escolaridade, gênero e perpetuação dos eventos. Destaca-se que a violência é um grave problema de saúde pública, sendo que suas consequências podem afetar a qualidade de vida das vítimas, das famílias e da sociedade. A implantação do VIVA representou um grande avanço para o Brasil, pois possibilitou o conhecimento das características relacionadas à violência, permitindo uma visão globalizada sobre a temática, incluindo a vítima, o agressor e as circunstâncias da ocorrência do evento. A análise dos dados provenientes do VIVA permite a elaboração e implementação de Políticas Públicas voltadas para o enfrentamento e controle da violência.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. *Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.; 2002.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014. *Núcleo de Estudos da Violência*. São Paulo; 2015. 274 p.
3. Malta DC, Lemos MSA, Silva MMA, Rodrigues EMS, Gazal-Carvalho C, Morais Neto OL. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16(1): 45-55.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. *Manual de operacionalização e análise dos dados dos sistemas de vigilância: VIVA Inquérito e VIVA Contínuo*. Brasília, 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007*. Brasília: MS; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014*. Brasília: MS; 2017.
7. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Gesteira e Matos S, Moraes Neto OL, Monteiro RA, Gazal-Carvalho C, Magalhães ML. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Cien Saude Colet* 2006; 11(Suppl): 1269-1278.
8. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm* 1998; 3(2):109-12.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de

evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4): 758-764.

10. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52(5):546-53
11. Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*, Philadelphia, (USA). *Lippincott Williams & Wilkins* 2006.p.457-94.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2016/2015: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti*. Brasília: MS; 2017. 386 p.: il.
13. Peltzer K. Injury and social determinants among inschool adolescents in six African countries. *Injury Prevention* 2008; 14(6): 381-388.
14. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1): 59-70.
15. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Cien Saude Colet* 2015; 20(3): 655-665.
16. Malta DC, Bernal RTI, Pugedo FSF, Lima CM, Mascarenhas MDM, Jorge AO, Melo EM. Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9): 2899-2908.
17. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violências envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília (MS); 2005. p.43-78.
18. Malta DC, Souza ER, Silva MMA, Silva CS, Andreazzi MAR, Crespo C, Mascarenhas MDM, Porto DL, Figueroa ALG, Moraes Neto OL, Penna GO. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cien Saude Colet* 2010; 15(Suppl 2):3053-3063.
19. Fonseca RMGS, Egly EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. Reinicidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta Paul Efem* 2012; 25(6):895-901.
20. Figueiredo MC, Cesar MO, Silva JP, Borba EMB. Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico. *RFO UPF* 2012; 17(3):254-260.
21. Farias AC, Aras MB. Feminismo negro, feminicídio e a violência de gênero contra as mulheres. In: *Anais do V Seminário Internacional enlaçando sexualidades 10 anos*; 2017; Salvador (BA).
22. Oliveira PS. *Vigilância da violência contra a mulher em um município do estado do Rio de Janeiro* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. 62f.
23. Rodrigues CS, Malta DC, Godinho T, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Silva RE. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em serviços de emergência sentinela - Brasil, 2009. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9): 2319-2329.
24. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Valencia LI, Hanashiro O, Machado PHG, Lima AS. Atlas da violência 2017 [Internet]. Brasília, Distrito Federal, Brazil: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2017 [acessado 2017 mar 15]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf
25. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade. [acessado 2017 fev 20]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>
26. Cerqueira D, Coelho DSC. Democracia Racial Homicídio de Jovens Negros na Cidade Partida. Brasília: DF: IPEA; 2017.
27. Cerqueira D, Ferreira H, Lima RS, Bueno S, Hanashiro O, Batista F, Nicolato P. Atlas da Violência 2016. Brasília: IPEA; 2016(Nota Técnica nº 17).
28. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3): 793-797.
29. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saude Publica* 1987; 21(3): 200-210.

30. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3): 725-733.
31. Silva EA, França LHFP. Violência contra idosos na cidade do Rio de Janeiro. *Estudos & Pesquisas em Psicologia* 2015; 15(1): 155-177.
32. Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. Ocorrência de maus tratos em idosos no domicílio. *Rev Lat Am Enfermagem* 2008; 16(3), 465-470.
33. Pinto FNFR, Barham EJ, Albuquerque PP. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 2013; 13(3): 1159-1181.
34. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3): 783-791.
35. Melo VL, Cunha JOC, Falbo Neto GH. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2006; 6(1): 43-8.
36. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Violência: Um problema mundial de saúde pública. In: Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: WHO; 2002.
37. Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(6): 659-665.
38. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2): 347-357.
39. Malta DC, Mascarenhas MDM, Neves ACM, Silva MA. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. *Cad Saude Publica* 2015; 31(5): 1095-1105.
40. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 19(3): 773-784.
41. Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Carvalho MGO, Barufaldi LA, Avanci JQ, Bernal RTI. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. *Cad Saude Publica* 2016; 21(12): 3729-3744.
42. Cezar PK, Arpini DM, Goetz ER. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. *Psicol cienc prof* 2017; 37(2): 432-445.
43. Farias MS, Souza CS, Carneseca EC, Passos ADC, Vieira EM. Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. *Epidemiol Serv Saude* 2016; 25(4): 799-806.
44. Veloso LUP, Silva LCL, Sousa CR, Rodrigues PL. Perfil de violência em crianças de 0 a 9 anos atendidas em um hospital público. *Rev Enferm UFPI* 2015; 4(1): 97-105.
45. Sousa RP, Oliveira FB, Bezerra MLO, Leite ES, Maciel, EJS. Caracterização dos maus-tratos contra a criança: análise das notificações compulsórias na Paraíba. *Espaç saúde* 2015; 16(4): 20-28.
46. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Viegas APB, Sá NNB, Silva JJB. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil, 2009. *Cad Saude Publica* 2012; 17(9): 2247-2258.
47. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Andrade SSCA, Neves ACM, Melo EM, Silva JBJ. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras - 2009. *Cad Saude Publica* 2012; 17(9): 2291-2304.
48. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 17(9): 2305-2317.
49. Gawryszewsk VP, Guerschman TM, Hisano MESX, Vanzeli AC, Baggio MCR, Santos RCM, Longhini FLR, Miguelon MA, Martins MRX, Seron MDV, Silveira NYJ. A violência contra crianças e adolescentes. *Bol epidemiol paul* 2007; 4(37): 21-25.

50. Zanatta EA, Pai DD, Resta DG, Argenta C, Motta MGC. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. *Enfermagem em Foco* 2012; 3(4): 165-8.
51. Barbosa LV, Soares ACGM, Cruz KV, Silva RA. Caracterização da violência sexual em criança no município de Aracaju/SE. *Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente* 2013; 1(2): 9-20.
52. Malta DC, Bernal RTI, Teixeira BSM, Silva MMA, Freitas MIF. Fatores associados a violências contra crianças em serviços sentinela de urgência nas capitais brasileiras. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9): 2889-2898.
53. Rodrigues CS, Malta DC, Godinho T, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Silva RE. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em serviços de emergência sentinela - Brasil, 2009. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9): 2319-2329.
54. Paiva EA, Silva MMA, Neves ACM, Mascarenhas MDM, Franco Netto TL, Malta DC. Violência contra a mulher: análise das notificações realizadas no setor saúde: Brasil, 2011. *Divulg saúde debate* 2014; (52):72-87.
55. Moreira GAR, Soares PS, Farias FNR, Vieira LJES. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde* 2015; (28): 327-36.
56. Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS, Silva GDM. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad Saude Publica* 2016; 32(4): e00011415.
57. Silva LEL, Oliveira MLC. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiol Serv Saude* 2016; 25(2): 331-342.
58. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, Lima CM. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9): 2929-2938.
59. Silva MPS, Santos BO, Ferreira TB, Lopes AOS. A violência e suas repercussões na vida da mulher contemporânea. *Rev enferm UFPE* 2017; 11(8): 3057-3064.
60. Mascarenhas MDM, Pedrosa AAG. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Rev Bras Enferm* 499-493 : (4)61 ;2008.
61. Marchese VS, Scatena JHG, IE. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência: Município de Alta Floresta, MT (Brasil). *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(4): 648-659.
62. Silveira RE, Iwamoto HH, Miranzi SSC. Estatísticas epidemiológicas sobre a violência em um município do interior mineiro. *CuidArte Enferm* 2009; 3(1):19-25.
63. Soares BAC, Scatena JHG, Galvão ND. Acidentes e violências na grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência. *Epidemiol Serv Saude* 2009; 18(3): 265-276.
64. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Macário EM, Gawryszewski VP, Moraes Neto OL. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no sistema de serviços sentinelas de vigilância de violências e acidentes (Viva) - Brasil, 2006. *Epidemiol Serv Saude* 2009; 18(1): 17-28.
65. Andrade SSSCA, Sá NNB, Carvalho MGO, Lima CM, Silva MMA, Moraes Neto OL, Malta DC. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: vigilância de violências e acidentes, 2009. *Epidemiol Serv Saude* 2012; 21(1): 21-30.
66. Galvão DN, Oliveira LR, Neves MAB, Scatena JHG. Atendimentos de emergência na rede de vigilância de violências e acidentes em Mato Grosso, 2008. *Revista Espaço para a Saúde* 2011; 12(2):45-55.
67. Souza ER, Gomes R, Silva JG, Correia BSC, Silva MMA. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12): 3243-3248.
68. Belon AP, Silveira NYJ, Barros MBA, Baldo C, Silva MMA. Atendimentos de emergência a vítimas de violências e acidentes: diferenças no perfil epidemiológico entre o setor público e o privado. VIVA - Campinas/SP, 2009. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9): 2279-2290.
69. Cecílio LPP, Garbin CAS, Rovida TAS, Queiróz APDG, Garbin AJÍ. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saude* 2012; 21(2): 293-304.
70. Silva MCM, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e

negligências notificadas em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saude* 2013; 22(3): 403-412.

71. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(5): 1263-1272.
72. Neves ACM, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras - 2011. *Epidemiol Serv Saude* 2013; 22(4): 587-596.
73. Ferreira Junior AP, Oliveira EC, Ribeiro MCSA. Morbidade por acidentes e violências nos hospitais regionais de saúde de Mato Grosso e nos prontos-socorros da Grande Cuiabá. *Rev Bras Pesq Saude* 2013; 15(3): 62-71.
74. Brandão GCG, Barrêto AJR, Gaspar JC, Trindade RFC, Vaz NLF, Oliveira MAC. Acidentes e violências: um retrato das ocorrências nos serviços de atendimento a urgências e emergências. *Cien Saude Colet* 2014; 22(1): 2-7.
75. Silva PLN, Oliveira RS, Lopes TRC, Oliveira EMS, Souto SGT, Prado PF. Notificações de doenças compulsórias e dos agravos em um hospital universitário de Minas Gerais, Brasil. *Rev Enferm UFSM* 2014; 4(2): 237-246.
76. Mincoff RFI, Demetrio ATW, Graziano MSS, Lolli LF, Carvalho GM. Avaliação de fatores relacionados à violência associada a gênero – um estudo do inquérito nacional. *BJSER* 2016; 15(1): 12-17.
77. Mascarenhas MD, Sinimbu RB, Silva MM, Carvalho MG, Santos MR, Freitas MG. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. *Saúde em Foco* 2016; 1(1).
78. Melo ACM, Garcia LP. Atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4): 1333-1341.
79. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9): 2331-2341.
80. Rodrigues LC, Armond JE, Gorios C. Agressões físicas e sexuais contra idosos notificadas na cidade de São Paulo. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015; 18(4): 755-760.
81. Pinto LW, Assis SG. Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000 – 2014. *Cien Saude Colet* 2015; 20(6): 1681-1692.
82. Paraíba PMF, Silva MCM. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. *Rev bras geriatr gerontol* 306-295 : (2)18 ;2015.
83. Santos EM, Soares ACM, Fonseca V, Oliveira LGF. Perfil epidemiológico da violência contra o idoso no município de Aracaju. *Interfaces Científicas– Humanas e Sociais* 2015; 3(2): 109-120.
84. Luz TCB, Malta DC, Sá NNB, Silva MMA, Lima-Costa MF. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(11): 2135-2142.

O vínculo como elemento de proteção à violência

Carlos Eduardo Firmino
Eugenia Ribeiro Valadares
Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Resumo

No presente trabalho, argumenta-se que, no campo da Assistência Social (AS), o vínculo ocupa o papel de elemento protetivo ao fenômeno da violência e outras violações de direito. Para tanto, a partir das ideias de Robert Castel e de documentos oficiais da AS, apresenta-se, em linhas gerais, a articulação entre a proteção social – projeto das sociedades securitárias e função da AS – e as estratégias de enfrentamento às violências/violações. Além disso, será utilizado como referência a oferta do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) e do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), serviços que, de modo distintos, encontram na reconstrução e/ou no fortalecimento dos vínculos recursos de ampliação da capacidade protetiva de famílias e indivíduos. Apesar da excessiva expectativa quanto ao papel do vínculo na AS, cabe frisar que a aposta em seu fortalecimento é uma saída civilizatória.

Palavras-chave: Assistência Social; Vínculo; Violências; Convivência.

Introdução

No século XVIII, o filósofo alemão Immanuel Kant (1724-1804), publicou a *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*¹. Um dos principais aspectos, se não o principal, do texto kantiano era a relação do ser humano com os imperativos morais. O exercício kantiano buscou estabelecer os limites – a própria liberdade – diante de nossa condição natural, tendo como instrumento o uso da razão na conduta da vida, o que possibilita certo distanciamento das determinações das leis da natureza. Nesta linha de raciocínio, Kant se pergunta se há algo cuja própria existência seja um fim em si mesmo. Se acaso existir, este poderia se tornar o princípio de uma lei prática universal, um princípio objetivo da vontade. Como resposta, Kant dirá que o homem, como ser racional, conceberia sua própria existência como um fim em si mesmo. É daí que deriva o conhecido imperativo: *“procede de maneira que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de todos os outros, sempre ao mesmo tempo como fim, e nunca como puro meio.”*¹(grifos nosso).

Na perspectiva kantiana, todo ser racional, e impossibilitado de tratar os outros como meios, mas sim como fins em si mesmo, viveria – no plano ideal, como o próprio autor diz –em uma espécie de “reino dos fins”. Como ser racional, este será um legislador, um chefe, mas também sujeito às próprias leis. Na medida em que ele a criou, não se encontra alheio a nenhuma vontade externa.¹ No “reino dos fins”, a ação humana, tem de levar em conta a dignidade do ser racional; esta não tem preço, não é negociável, nem possui equivalente. Respeitar esta lei é assumir o valor da dignidade humana.

O pensamento kantiano, na referida obra, gira em torno da ideia da autonomia da vontade. Mas, de nossa parte, faremos uso do chamado “reino dos fins” e do “princípio da dignidade humana” para pensar o fenômeno da violência. A ação violenta contra o outro põe em xeque a soberania do chamado “reino dos fins” kantiano. Pensar que ninguém pode utilizar o outro como objeto, ou como meio, mas deve ser tido como um fim em si mesmo, tal como Kant propôs, é um raciocínio que não funcionou, do ponto de vista prático na época das luzes em que o autor alemão viveu e nem atualmente. Nestes três séculos, a história da humanidade tem se mostrado o contrário do que o autor, idealmente, apontou. Manutenção da escravidão, diversas guerras, exploração das colônias e genocídio de povos tradicionais, entre outras barbáries, se mantiveram presentes. Podemos afirmar que o princípio da dignidade humana, ainda que positivado nas legislações que regulam nossa experiência de vida, como exemplo, a nossa Carta Magna, não se aplica a todas e todos. Entre 2008 e 2018, por exemplo, enquanto as taxas de homicídios para os negros, no Brasil, aumentaram 11,5%, aquelas relativas às pessoas não-negras diminuíram 12,8%.²

Para as políticas públicas, fica a difícil tarefa de apontar alternativas que possam prevenir ou minimizar tais manifestações. No presente texto, abordaremos aspectos

relativos à Assistência Social (AS). Nosso intento é apontar que, no campo da AS, o vínculo ocupa o papel de elemento protetivo ao fenômeno da violência e outras violações de direito.

Com base nos escritos de Robert Castel e de documentos oficiais da AS, discutiremos, em linhas gerais, a articulação entre a proteção social – projeto das sociedades securitárias e função da AS – e as estratégias de enfrentamento às violências/violações. Serão apresentadas, ainda, aspectos relativos à execução de dois serviços da AS que, de forma distintas, fazem uso de estratégias de fortalecimento e/ou reconstrução dos vínculos no sentido de ampliar a capacidade protetiva de famílias e indivíduos diante das violências e violações. Cabe frisar que não será apresentada uma espécie de revisão do conceito de violência. Dado o escopo do presente trabalho, utilizaremos como referência as descrições das vivências de violência tal como apresentadas nos documentos oficiais da AS.

A estruturação da Assistência Social Brasileira

A Assistência Social (AS), tal como previsto na Constituição Federal, faz parte do chamado tripé da Seguridade Social. A AS, política destinada a quem dela necessitar compõe, no texto constitucional, um conjunto de ações essenciais à garantia da ordem social e tem como objetivos (artigo 203):

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.³

A leitura do artigo 203 da Constituição demonstra que a proposta do legislador era garantir que as pessoas desamparadas – fora do sistema contributivo associado ao mercado de trabalho – não sofreriam os agravos de uma vida sem recursos financeiros ou sem rede de proteção. Instituiu-se, então, em nossa Constituição, como ação do Estado, a proteção aos desamparados. Certamente, a chegada de tal pauta ao texto constitucional se deu em virtude de uma série de lutas e de controvérsias, jogo de forças com interesses diversos e negociações, como se caracteriza a garantia de direitos ao longo da história da humanidade. Em última instância, ao se efetivar como Política Pública, a AS, em seus diferentes níveis de proteção busca garantir uma existência digna, ou minimamente digna – seja pela via do benefício, da orientação ou do acolhimento institucional, por exemplo – àqueles que se encontram, em alguma medida, impossibilitados de garanti-la por meios próprios.

A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), de 1993, e suas atualizações posteriores, regulou o dispositivo constitucional e definiu como funções da AS a defesa de direitos, a vigilância socioassistencial e a proteção social. A defesa de direitos é de cunho autoexplicativo: tem a ver com a garantia do acesso de cidadãos e cidadãs ao conjunto de provisões socioassistenciais. Já a vigilância socioassistencial “visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos”.⁴A proteção social, ainda conforme a LOAS, visa garantir a vida, reduzir danos e prevenir a incidência de riscos.⁴

Proteção Social diz respeito a um conjunto de ações que engloba outras políticas e, em um sentido mais amplo, coaduna com o que Castel⁵ nomeou Estado Providência ou Estado Protetor. O Estado Providência, diferentemente do Estado de Direito – protetor dos bens e da segurança das pessoas –, visa garantir a proteção social, um modo de atuar que busca cobrir e evitar riscos que poderiam degradar a situação dos indivíduos, tais como as doenças, os acidentes e a velhice sem recursos.⁵Neste sentido, as chamadas *sociedades securitárias* são aquelas que garantem, em certa medida, a segurança de seus membros e operam uma espécie de gerenciamento dos riscos. Cabe destacar que a análise de Castel se baseia em países europeus, sobretudo a França.⁵

No caso da AS brasileira, a ideia de Proteção Social, como já apontado, será vista como uma *função*, como se fizéssemos uso de um entendimento geral, um projeto adotado pelas sociedades securitárias, e o definíssemos como uma incumbência específica. Conforme a LOAS, a AS é organizada a partir de dois tipos de proteção social: a proteção social básica (PSB) e a proteção social especial (PSE).

A PSB diz respeito a um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios que busca “prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio de desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do **fortalecimento de vínculos familiares** e comunitários.”⁴ (grifos nossos). Já a PSE, dividida em ofertas de média e de alta complexidade, tem como objetivo “contribuir para a **reconstrução de vínculos familiares** e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direito.”⁴ (grifos nossos).

Façamos algumas analogias para auxiliar a compreensão. A PSB é voltada às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade, em virtude de pobreza ou privações (de renda, acesso aos serviços públicos) ou fragilização de vínculos familiares ou comunitários.⁶ Já a PSE destina-se a indivíduos e famílias em situação de risco social e pessoal por violação de direitos, em virtude de maus tratos físicos, abuso sexual, trabalho infantil, situação de rua, entre outros agravos.⁶ À guisa de comparação, diríamos, de forma didática, que a PSB se aproxima da atenção básica do SUS e suas diferentes estratégias; os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) teriam semelhança com os

Centros de Saúde, por exemplo. A PSE de média complexidade se aproximaria, em alguma medida, dos ambulatorios, dos centros para consultas médicas e outros equipamentos e dispositivos especializados que compõem o nível secundário da saúde. No caso da média complexidade do SUAS, se destacam o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, o Centro Pop. A Alta Complexidade é composta por unidades de acolhimento – popularmente conhecidas como abrigos – direcionadas a diferentes públicos, faixas etárias e situações. A comparação, neste caso, se faz com as unidades hospitalares, o nível terciário da saúde.

Além dos serviços socioassistenciais, a proteção social de AS também é composta pelos benefícios socioassistenciais, pelos programas e projetos. Porém, tendo em vista o escopo de nosso trabalho, vamos nos ater, em linhas gerais, à discussão das ações realizadas pelos serviços. Em nosso entendimento, é *nas ações dos serviços que a aposta no vínculo como recurso protetivo à violência ganha força*. Na sequência do texto, apresentaremos a inserção da temática da violência e das violações de direito no campo da AS e o lugar do vínculo como elemento de proteção.

Violência e proteção social

O fenômeno da violência permeia o universo das desproteções que compõem o campo de atuação da AS. Isto ocorre principalmente nas ações relativas à PSE, modalidade de proteção que tem como objetivo o enfrentamento das situações de violação de direito. Como já apresentado, a PSE atua junto às situações em que o risco pessoal e social, por violação de direitos, está presente. Neste sentido, algo grave já aconteceu, sendo, via de regra, atravessado pela violência. Utilizemos como exemplo a atuação do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, comumente conhecido pela sigla PAEFI, serviço que pertence à PSE de média complexidade.

O PAEFI oferta apoio, orientação e acompanhamento às famílias e/ou indivíduos que estejam vivenciando situação de ameaça ou violação de direito.⁷ Na descrição do serviço são citados como público usuário famílias e indivíduos que sofreram:

- Violência física, psicológica e negligência;
- Violência sexual: abuso e/ou exploração sexual;
- Afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida socioeducativa ou medida de proteção;
- Tráfico de pessoas;
- Situação de rua e mendicância;
- Abandono;
- Vivência de trabalho infantil;
- Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/

etnia;

-Outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem estar;

- Descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI em decorrência de violação de direitos. ⁸

Na lógica da AS, que, como vimos, tem na defesa de direitos uma de suas funções, há uma espécie de imbricação entre a violência e a violação de direitos. Certamente, há situações nas quais ocorre uma violação de direitos – uma transgressão aos direitos fundamentais⁹ – mas, não necessariamente, uma situação de violência tais como as citadas acima. Podemos pensar, por exemplo, que uma criança fora da escola tenha o seu direito violado, seja pelo Estado, que não garante as condições adequadas de acesso, ou pela própria família. Por outro lado, não podemos afirmar, de forma categórica, no sentido estrito da palavra, que a genitora tenha cometido uma violência contra a filha.

No entanto, em muitas situações a imbricação acima se mantém presente. A própria descrição do público do PAEFI evidencia tal aspecto. No caso do objeto do PAEFI, subentende-se que, além das violências especificadas – sexual, física, psicológica e negligência, abandono –, as outras violações de direito também acarretam ou ocorrem sob efeito de violência. De todo modo, se não podemos afirmar que toda violação de direitos é uma violência, no âmbito do SUAS, toda violência é considerada uma violação de direitos.⁹

Sendo assim, há uma espécie de dupla violação: ao mesmo tempo em que são desrespeitados os direitos fundamentais positivados no artigo 5º da Constituição Federal, tais como o direito à liberdade, à vida ou à manifestação da crença religiosa, há a violência manifesta, seja ela física, psicológica, sexual, entre outras. Neste caso, a desconsideração do outro, bem distante do ideal kantiano do “reino dos fins”, aponta para outra vertente. No caso da violência física, por exemplo, além de impedir que o outro usufrua do que lhe é de direito – a vida, a liberdade, etc –, o agente violador o desconsidera como sujeito e reifica, o torna um objeto, digamos, passível de ser espancado, humilhado ou abandonado à própria sorte. Trabalho difícil fica para o PAEFI, pois, caberá a este serviço, através do trabalho técnico realizado, contribuir para a promoção social das famílias – inclusive, inserindo-as em programas de transferência de renda –, e para o rompimento de padrões violadores, tendo como horizonte a reparação de danos e da incidência das violações.⁸

E a PSB, como fica nesta organização? Certamente, situações de violência e violações de direito também fazem parte do universo da PSB. No entanto, as ações neste nível de proteção visam o desenvolvimento de potencialidades e a prevenção dos eventos – violências e violações – que citamos acima. São ações de cunho preventivo,

voltadas para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, com foco na dimensão relacional. No ideário da AS, os serviços deste nível de proteção devem ser ofertados nos territórios, próximos aos usuários; são focados nas famílias e indivíduos, mas atravessados por uma dimensão comunitária e coletiva. A ideia de território tem um sentido amplo, que ultrapassa a dimensão geográfica e incorpora elementos de pertencimento e convívio. O trabalho desenvolvido na PSB tem mais relação com o tema da qualidade da vida, bem-estar, socialização e convivência do que com uma atenção que diminua algum tipo de agravo, como é o caso da PSE.

É fato que a PSE, seja na Média ou na Alta Complexidade, possui uma dimensão preventiva, tanto no que diz respeito à reincidência das situações de risco pessoal quanto em relação ao agravamento delas. No entanto, e este raciocínio parece se aplicar a todos os serviços da Média Complexidade, em nosso ponto de vista, a descrição do PAEFI sinaliza que há um trabalho de reparação ou minimização dos danos que surgiria em um primeiro plano. Isto fica evidente quando se diz que um dos objetivos do Serviço é o rompimento de padrões violadores. Isto porque, via de regra, boa parte das situações de risco pessoal destacadas como objeto de intervenção do PAEFI – trabalho infantil, violência sexual, mendicância, só para citar algumas – tem um caráter de repetição na história familiar. Os casos de abuso sexual são um exemplo de violência que se repete nas diferentes gerações. Algo parecido acontece também com as situações de mendicância ou de trabalho infantil. Nas três situações, é exigido do trabalho técnico, do planejamento realizado, uma atenção, de fato, especializada. Da mesma maneira, será necessário o incentivo ao resgate dos vínculos.

Os vínculos no campo da AS

A AS nasce da ausência, mas tem em seu discurso a busca pela plenitude. Nesta política pública, propõe-se o fortalecimento de vínculos como resposta protetiva, a partir de uma intervenção externa. Mas, a base de sustentação desta proposta está relacionada a um tipo de proteção próxima, a partir dos laços comunitários e familiares. Há um possível contrassenso na AS ou um excesso em nossa interpretação. Ao que nos parece, vislumbramos, de forma externa aos grupos, comunidades e indivíduos, intervir para que vínculos sejam fortalecidos ou, em algumas situações, até mesmo criados. O nó aqui, que parece intransponível, reside no fato de que vínculo, do ponto de vista afetivo ou até mesmo como um senso de pertença, tem mais a ver com um tipo de solidariedade quase que espontânea. A intervenção da AS pode soar como artificial ou, até mesmo, moralizante. Isto porque, como sabemos, o fato de haver vínculo não significa que ele é de natureza protetiva. Neste sentido, vínculo não é sinônimo de proteção. Em muitas famílias, cujas crianças ou adolescentes são acolhidos nos serviços da Alta Complexidade, é perceptível, ao mesmo tempo, a existência de vínculos afetivos fortalecidos (do ponto de vista do afeto

positivo) e reduzida capacidade protetiva. Dependendo do padrão familiar estabelecido nas famílias, até mesmo os atos violentos podem ser interpretados como carinho e demonstração de cuidado. Isto tem implicação direta na condução dos acompanhamentos e nos pareceres técnicos. É muito comum, e aqui estamos baseando em nossas experiências nas discussões de caso no campo da AS, que trabalhadores das unidades de acolhimento ou de outros serviços comentem algo do tipo: “a família de Jéssica [nome fictício, assim como esta fala] foi visitá-la. Tem que ver o carinho entre os irmãos, entre os pais. Choraram, se abraçaram. Eles têm muito vínculo! Nem parece que a criança teve que ir pro abrigo”. O que esta fala hipotética demonstra? Demonstra que há afeto, no sentido do carinho, entre os componentes da família. Porém, outras dimensões, consideradas essenciais à proteção social por parte da família, não foram respondidas. Daí a intervenção do Estado no sentido de ofertar o acolhimento institucional.

Poderia ocorrer a argumentação de que este exemplo é um pouco forçado, até mesmo de cunho emotivo. Além disso, nele não se torna explícito o que seria uma família protetiva. Aceitaríamos a argumentação de bom grado. É um campo extremamente escorregadio este que a direção de nossa escrita tomou, pois envolve valores. No limite, a capacidade protetiva tem a ver com valores. No caso da Jéssica, por exemplo, o acolhimento poderia ter ocorrido por *n* motivos: a) em virtude de agressões dos pais; b) em virtude de uso de substâncias psicoativas próximo da criança; c) em virtude de abuso sexual e, d) até mesmo porque ela ficava sozinha em casa enquanto os pais trabalhavam. Este último motivo teria mais a ver com uma dificuldade de proteção por parte da sociedade como um todo, principalmente por parte do Estado – a falta de vagas em creches, por exemplo –. Neste caso, compreenderíamos o acolhimento da criança como uma responsabilização da família em detrimento do papel do Estado. Em resumo, um abuso, ou violência, por parte do Estado.

Apesar de nossa consideração neste último exemplo, continuamos sem responder a pergunta sobre o que seria, no caso em questão, uma família protetiva. Não há resposta para isso. Mas, certamente, seria uma família que não permitiu a exposição da criança a nenhum dos itens citados de a) a c). Por quê? Porque na sociedade em que vivemos foi construído socialmente que estes tipos de exposição – citadas de a) a c) – colocam em risco a integridade da criança. Ou seja, ela se encontra em uma situação de *desproteção*. No caso de Jéssica, em uma situação de risco pessoal social por violação de direito, já que, hipoteticamente, pode ter sido vítima de abuso sexual, violência física, exposição ao uso de substâncias psicoativas ou negligência. Com base no exposto por Aldáiza Sposati – importante referência do campo da AS no país –, na entrevista concedida à Alvarenga¹⁰, haveria aqui uma situação de vitimização; não mais de vulnerabilidade. Provavelmente, além do acolhimento da criança, a família em questão seria acompanhada pelo PAEFI, tendo como horizonte a superação dos padrões violadores e a tentativa de fortalecer a capacidade protetiva da família, a partir de seus vínculos. Giramos e, quase de forma

tautológica, voltamos ao mesmo ponto. Giro necessário, a nosso ver, para insistir na dificuldade de operar com estas noções.

Em 2013, o MDS publicou o caderno *Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos*¹¹, texto que, como o próprio título já indicava, abordava o tema da convivência e do vínculo, servindo como orientação para os diversos serviços socioassistenciais do SUAS, mas, principalmente, para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). O SCFV é organizado em grupos, a partir de percursos condizentes aos ciclos de vida – faixas etárias: a) crianças até 6 anos; b) crianças e adolescentes de 6 a 15 anos; c) adolescentes de 15 a 17 anos; d) jovens de 18 a 29 anos; e) adultos de 30 a 59 anos e; f) idosos. Há em comum entre as diferentes ações do SCFV a ideia de que trocas culturais, de vivências e o desenvolvimento de sentimentos de pertença sejam compartilhados. Trata-se de um serviço voltado para a dimensão coletiva, na perspectiva de fortalecimento de laços comunitários.

Na publicação de 2013¹¹, é dito que entre as responsabilidades da AS se encontra a atuação em situação de riscos sociais que se originaram do convívio e dos vínculos sociais que não se sustentaram, tais como no hipotético caso Jéssica. Neste texto, novamente tendo como referência a professora Aldaíza Sposati, afirma-se que a convivência é a fórmula para intervir nestas situações; o vínculo é o resultado esperado.¹¹

Neste sentido, apesar de sua base afetiva e da suposta espontaneidade que apresentamos acima, na perspectiva da AS, o que poderia produzir um vínculo protetivo é a própria convivência. Assim sendo, a lógica se inverte. Nosso ponto de partida não será o vínculo, e sim a convivência. Se a convivência é a fórmula e o vínculo o resultado, o foco da atuação dos serviços será no fortalecimento da própria convivência. Daí, cabe uma ampliação da leitura. Porque, tendo em vista a ideia de que é no vínculo – produto da convivência – que vamos sustentar a proteção à violência, ou pelo menos sustentar uma rede de suporte, nossa noção de convivência há de ser ampliada. Deste modo, entenderíamos como rede de convivência não somente a família ou o grupo comunitário do qual o usuário participa. A própria rede de serviços passará a ocupar este lugar. Os espaços culturais da cidade também o ocuparão, assim como os espaços de tomada de decisão, de controle social. Em suma, a convivência há de ser trabalhada na cidade como um todo, ou no tecido social como um todo. Por outro lado, o vínculo que será produzido, do ponto de vista valorativo, já diz respeito a outro aspecto. Aqui, podemos citar um questionamento recorrente a respeito da população em situação de rua. Há convivência na rua? Há. Há vínculo em situação de rua? A resposta também é positiva. Mas, do ponto de vista da AS é um vínculo a ser fortalecido? Na rua, não. Pode-se pensar em fortalecer espaços de participação, de inserção cultural e em atividades na própria rua. Mas, sempre tendo o ideal da passagem; uma espécie de trampolim para que o vínculo protetivo seja produzido em outros espaços fora da violação de direitos.

A palavra produção é adequada a este contexto e joga por terra a nossa leitura exposta há alguns parágrafos quando apontávamos o vínculo comunitário como algo espontâneo. Talvez, possamos afirmar agora que foi um excesso de nossa interpretação. Afinal, como apontam Rodrigues e Guareschi¹², este elemento que permite a ligação entre os sujeitos, e entre as coisas, não é algo dado, natural. O vínculo “(...) é produzido, ou seja, performado pelas **práticas** que perpassam os diferentes campos de conhecimento que se detém ao estudo da temática. ” (grifo nosso).

Ora, se conforme os autores, o vínculo é produzido nas práticas, dependendo inclusive do tipo de chave de leitura que é feita (o que poderíamos equiparar ao que nomeamos dimensão valorativa), a convivência fortalecida pela AS poderá produzir um certo tipo de vínculo que a Política avaliou ser pertinente. Inclusive, no que diz respeito a uma espécie de mediação do acesso a outras políticas setoriais. Além disso, a ideia de que o caráter continuado dos serviços possibilita a sustentação de vínculos também se aplica. É na insistência, na manutenção do acompanhamento, na frequência ou, usando termos psicanalíticos, na sustentação da transferência – que talvez possamos ler como uma das formas mais elementares de vínculo – que a forma presentifica a possibilidade da convivência e o resultado pode aparecer. E que seja protetivo.

Como Rodrigues e Guareschi¹² destacam há muitas perspectivas relacionadas ao tema do vínculo. Na Psicologia, por exemplo, há trabalhos desenvolvidos a partir da etologia, da psicanálise, da psicologia social, entre outros.¹² Em uma publicação produzida pelo órgão gestor da AS de Belo Horizonte¹³, o vínculo é dividido em três dimensões: a) jurídica; b) sociocultural e; c) psicológica. Vamos utilizar o exemplo fictício da Jéssica para abordar, de passagem, as três dimensões.

O âmbito jurídico tem a ver com as responsabilidades legais assumidas. No caso da Jéssica, seus pais seriam os responsáveis pela garantia de seu cuidado e de sua proteção, o que implicaria deveres e obrigações. Trata-se, então, de uma relação jurídica estabelecida entre seus pais e a criança. Já a dimensão sociocultural faz menção à ideia de pertencimento e aos papéis estabelecidos. Pertencimento ao próprio núcleo familiar, à família extensa, o que poderia gerar um sentimento de coesão entre os membros, mas, também em relação ao próprio território. A dimensão sociocultural envolve ainda a história familiar, a etnia, os costumes, as relações estabelecidas com os territórios que fazem parte da construção daquela família.¹³ Ao se pensar intervenções relativas a este âmbito, tem de ter em consideração os valores, as crenças, as práticas do cotidiano e os lugares ocupados por cada membro.¹³ Tudo, até então, condizente à defesa do artigo 5º da Constituição Federal.

Por fim, resta o âmbito psicológico do vínculo. Como dito no texto aqui citado,¹² este é um campo de difícil definição. Afinal, trata-se de “uma relação, que implica escolhas

conscientes e inconscientes, que pode ser de apoio e/ou de *identificação*, que delimita um apego, que requer um *investimento psíquico*(...).¹³ (grifos do autor). Talvez, a dificuldade posta para esta dimensão, seja o fato de que, já que se trata de uma ligação atravessada por afetos, representações e investimentos, tanto conscientes quanto inconscientes, não é possível saber ao certo o que motivaria, ou sustentaria, tal enlace. Retomando o exemplo da Jéssica, não saberíamos sob quais bases – se protetivas ou não – tais vinculações foram feitas. A própria demonstração de carinho, citada na hipotética fala da equipe do abrigo, poderia ser efeito, ou resultado, de tendências agressivas, baseadas em comportamentos de repetição, de uma espécie de jogo libidinal da própria história familiar. Como se percebe, teríamos de entrar numa análise extremamente *psí* que parece impossível fora do ambiente psicoterapêutico. Em suma, a dimensão psicológica do vínculo, em nosso entendimento, só pode ser acessada em sua superfície, ainda que o usuário fale de seus sentimentos. Cabe acrescentar, aqui, que esta dimensão psicológica provavelmente terá influência na vinculação do tipo sociocultural. A base do pertencimento, além do cotidiano, da continuidade e da história, certamente repousa na dimensão afetiva.

Não nos delonguemos mais neste aspecto do vínculo e da convivência. Mas, em nosso entendimento, independente da leitura que se faça destas noções, de qual abordagem seja escolhida, na medida em que a AS faz do vínculo seu principal resultado, e da convivência um meio de intervenção, ela acaba ditando um tipo de norma de comportamento. A nosso ver, o que a AS faz é construir uma espécie de valoração dos vínculos e a proteção advinda deles. Então, não se trataria de fortalecer qualquer vínculo, ou qualquer convivência, mas sim, a partir de uma avaliação qualitativa de sua natureza, compreender quais potencializam e quais diminuem a dimensão protetiva das relações. Este raciocínio também se aplica ao trabalho relacionado às vivências de violência. Sendo assim, caberia a pergunta a respeito de quais vínculos protegem o público atendido/acompanhado das diversas violações e violências. Ou, pensando na lógica da PSE, quais vínculos operam no sentido de diminuir os agravos e evitar a reincidência das violências.

Considerações Finais

De saída, nos cabe retomar o pensamento freudiano acerca da convivência humana. Freud afirmou, no ensaio *O mal-estar na cultura*¹⁴ que a principal causa do sofrimento humano advinha da relação com as outras pessoas. Este superaria, na perspectiva do autor, os sofrimentos advindos da decadência de nosso corpo e das forças de destruição da natureza.¹⁴ Sendo assim, a AS faz da pior modalidade de sofrimento humano a sua aposta como elemento de proteção. Faz a aposta, ciente de que a convivência, ao mesmo tempo em que nos protege, também nos deixa expostos a riscos e, conseqüentemente, à violência.

Em certos momentos, parece haver um excesso nos textos da AS em relação ao

tema dos vínculos, quase que de forma anacrônica. Talvez, a AS brasileira opere diante de/ ou antevendo *riscos sociais clássicos* (modernos), usando a linguagem de Castel, ao passo que vislumbra, através do fortalecimento da convivência, a produção de uma *sociedade de proteção próxima*, de vínculos fortalecidos, que existira nas chamadas sociedades pré-modernas⁵. Mas, insistamos: ainda que Freud possa ter alguma razão, ou que o sentimento de anacronismo persista, não há outro caminho. Somente o fortalecimento da convivência e dos vínculos protetivos, da maneira ampliada que sugerimos acima, pode nos apresentar alternativas de respostas aos modos violentos que nossa sociabilidade tem produzido. Acrescenta-se aqui, certamente, a necessária construção de respostas relativas às medidas de proteção e responsabilização dos agentes violentos, sejam eles o Estado ou os indivíduos. Para estarmos realmente protegidos diante das violências, será necessária a conjunção de ambos os modos de proteção citados por Castel. Neste sentido, além das ações de proteção social aqui discutidas, sendo parte do campo da AS, todas (os) devem ter acesso à proteção civil, oriunda do chamado Estado de Direito⁵.

No campo da Proteção Social, o fortalecimento ampliado da convivência e dos vínculos exigirá a constituição de redes de proteção e enfrentamento à violência – incluindo aqui conselhos de direito, ações intersetoriais entre as diferentes políticas, grupos da sociedade civil organizada – e a oferta das ações que são próprias da AS. Ora, se o fortalecimento dos vínculos, e a dimensão relacional, é visto como o campo próprio de atuação da AS¹⁵, este deve ser orientado por uma perspectiva civilizatória. A este respeito, nos parece que a direção assumida pelo SCFV está correta. As ideias de “compartilhamento”, “diálogo”, “convivência em grupo” e “troca de experiências com outras comunidades” tão presentes na estruturação deste Serviço apontam que, nas ofertas da AS, há uma aposta de que outro tipo de convivência, civilidade, fora da violência, é possível. Desta forma, o SCFV, em suas diferentes modalidades, contribui para a abertura de outros modos de pertencimento que podem reduzir ou evitar as manifestações violentas. Em tempos nos quais a principal liderança do país age de forma tão truculenta junto à imprensa e adversários políticos, apesar de todas as dúvidas quanto às possibilidades de convivência, vale a aposta no caminho civilizatório encabeçado pela AS.

Referências

1. KANT, I (1785/1964). **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Tradução de Antônio Pinto de Carvalho. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1964, s/p. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_kant_metafisica_costumes.pdf. Acesso em 10 de fevereiro de 2017.
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. **Atlas da Violência 2020 – Principais Resultados**. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/62/atlas-da-violencia-2020-principais-resultados>. Acesso em: 27 de Dez.2020.
3. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo, SP: Editora Saraiva, 1988, pp 93-94.
4. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8742, de 7

de Dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 dez.1993, s/p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm. Acesso em: 21 set.2017.

5. CASTEL, R. **A insegurança social**: o que é ser protegido? Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
6. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004**(2005). Brasília: MDS, 2013, p.29.
7. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **NOB SUAS 2012**. Brasília: MDS, 2012 a. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/nob_suas.pdf. Acesso em: 23 de mar. 2017.
8. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais** (2009). Brasília: MDS, 2014.
9. ASSIS, G.S; FONSECA, T.M.A; FERRO, S.V. (org.). **Proteção social no SUAS a indivíduos e famílias em situação de violência e outras violações de direitos**: fortalecimento da rede socioassistencial. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; Ministério do Desenvolvimento Social, 2018.
10. ALVARENGA, M.S. **Risco e vulnerabilidade**: razões e implicações para o uso na Política Nacional de Assistência Social. 2012. 133f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012. Disponível em:<http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/6497/1/Mirella%20Souza%20Alvarenga.pdf>. Acesso em: 30 marc. 2018.
11. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos (2013)**. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017.
12. RODRIGUES, L; GUARESCHI, N.M.F. Vínculo familiar e comunitário. In: FERNANDES, M.C.R; HELLMANN, A. (Org.). **Dicionário crítico**: política de assistência social no Brasil. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2016, p. 296. Disponível em: https://www.ufrgs.br/cegov/publicacao/v/70?n=Dicion%C3%A1rio_Cr%C3%ADtico%3A_Pol%C3%ADtica_de_Assist%C3%Aancia_Social_no_Brasil. Acesso em: 12 de Agosto de 2017.
13. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Metodologias de Trabalho Social com famílias na Assistência Social**. Belo Horizonte: ASCOM, SMAAS, 2007.
14. FREUD, S. **O mal-estar na cultura** (1930). Tradução de Renato Zwick. Porto Alegre: L&PM, 2010.
15. REIS, C.N dos; PESTANO, C.R. A especificidade da assistência social: algumas notas reflexivas. **Revista Virtual Textos e Contextos**, n. 5, nov. 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/1013/5270>. Acesso em: 16 de novembro de 2016.

O problema da representação da violência

Edvaldo Anastácio

Vitória Régia Izaú

Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Resumo

O problema da representação, isto é, da relação cognoscente entre o sujeito e a realidade constitui a principal atividade humana desde a aurora do pensamento ocidental. Com efeito, a violência igualmente prefigura a história humana com sua presença desde antiguidade. A mesma se encontra entrelaçada as principais narrativas de nossa constituição antropológica e gnosiológica. Se recorrermos a discursividade mítica deparamos com ela em Hesíodo, Homero, Sófocles. Mas, se ao contrário, a buscarmos no texto bíblico, tanto no velho, quanto no novo testamento, lá a encontraremos. A historiografia do mundo em suas diversas idades, também se insurge em testemunho de sua presença nos principais eventos. Desse modo, propomos estabelecer uma discussão sobre a violência, considerando aspectos conceituais e divergentes no que tange a sua constituição no universo humano. O tema da violência no texto emerge então num horizonte discursivo- filosófico. Consideramos então nessa abordagem, um diálogo entre a Psicanálise e a Filosofia. Para isso, recorreremos á Freud, Lacan e Slavoj Zizek.

Palavras-chave: representação, violência, agressividade, constituição, discursividade

Introdução

A inflexão antropocêntrica filosófica sempre se colocou a questão – o que é o homem? A mesma foi processada inicialmente no processo mítico, e cristão, passou pelo científico e, por fim, desaguou no domínio discursivo e analítico. Tais itinerários gnosiológicos, a bem da verdade, sempre buscaram sentido e concomitantemente, formas de interpretação da realidade.

Assim, o esforço antropológico, em qualquer idade sempre inscreveu o homem na ordem do seu mundo.

Desde muito cedo, a definição antropológica devotou ao homem o saber racional, com finalidade prática (*phronesis*). A história nunca destituiu dele essa característica. Mas, a razão (*ratio*) humana, já se encontrou submetida à entelêquia divina, e no Século XX foi destronada narcisicamente pelas forças do inconsciente.

Num périplo pelos estudos antropológicos a questão da violência sempre ocupou um lugar privilegiado desde a aurora do pensamento. O “pessimismo, que domina a época arcaica, acentua a inexorabilidade do destino e, diante dele, o desamparo do homem e o vão inútil assomo da *hybris*”³⁰ p.30.

O dualismo antropocêntrico, marca com tensão a relação entre razão e emoção, isto é, o inteligível e o sensível. Immanuel Kant, pensador da *Aufklärung*, que propugnou uma linha da estrutura sensitivo-racional¹, foi quem melhor descreveu o homem em sua busca de equilíbrio entre entendimento e sensibilidade.

Em larga medida, o cuidado de si, plasma o arco conceitual dos teóricos da razão, donde o desvario das emoções implica em riscos ao homem. Por outro lado, a emoção constitui um móvel fundamental e presente no desenvolvimento do homem em sua estética da existência. Nesse paradoxo a violência permeia esse hiato existente entre o dualismo antropocêntrico. Ao que atentamos, é justamente nessa interseção que a discursividade da violência encontra seu ponto de divergência.

Para muitos teóricos, a violência é um fenômeno não natural, surge nos interstícios da relação humana, e todo o esforço se volta a sua extinção. Porém, deparamos com eloquentes teorias que reconhece a violência como um fenômeno intrínseco ao universo humano, assim é possível retraduzi-la, mas não extingui-la.

Portanto, nos cabe promover esse debate, ciente do desafio, pois o rol dos teóricos que se embreiam nessa discussão é denso. Para evidenciar a sua importância e vivacidade, articularemos essa impostação com alguns autores. Metodologicamente,

não nos prenderemos em nenhuma época específica. Reconhecemos que é pertinente recolher os fragmentos desse problema tanto nas teorias antigas, quanto no pensamento da atualidade.

Se a curva do pensamento nos exige um debate com a história, iremos tomar como fio condutor desse diálogo, as considerações da psicanálise, com Freud e Lacan, e da filosofia com a explanação de Slavoj Žižek. Antes, porém, nos colocamos em desfavor daqueles que pensam que naturalizamos a violência ao abordá-la como inerente a constituição humana.

A representação da violência no discurso da psicanálise e da filosofia

Freud e o discurso sobre a violência

No texto de Freud, o tema da violência não apareça muito claramente. A sua produção evidencia muito mais a noção de agressividade. Ainda assim, o mesmo nos oferece pistas para pensá-la. Partimos inicialmente das suas considerações em *O mal-estar na civilização*. Freud na obra aborda nossa pífia condição de realização da felicidade, ou do prazer.

Aquilo a que chamamos “felicidade”, no sentido mais estrito, vem da satisfação repentina de necessidades altamente represadas, e por sua natureza é possível apenas como fenômeno episódico. Quando uma situação desejada pelo princípio do prazer tem prosseguimento, isto resulta apenas em um morno bem-estar; somos feitos de modo a poder fruir intensamente só o contraste, muito pouco o estado. Logo, nossas possibilidades de felicidade são restringidas por nossa constituição. É bem menos difícil experimentar a infelicidade^{2 p.21}.

Daquilo que se compreende do texto freudiano, a dificuldade da humanidade em aquietar-se com o princípio de realidade, e conviver com a oscilação do prazer e o desprazer é um verdadeiro desafio. O próprio Freud aponta uma das alternativas buscada, algo muito comum na atual constituição da sociedade. Para Freud, neste mal-estar, “o serviço dos narcóticos na luta pela felicidade e no afastamento da miséria é tão valorizado como benefício, que tanto indivíduos como povos lhes reservaram um sólido lugar em sua economia libidinal”^{2 p.23}.

Hodiernamente, a busca pela felicidade e a fuga a adversidade tornou-se quase um programa de vida. Mesmo que para isso se disponha de uma intoxicação crônica. Nesse aspecto as distintas modalidades de gozo, levaram o homem a condição e exposição mais aguda aos riscos. O “preço da felicidade é permanecer o sujeito preso à inconstância do desejo”^{3 p.82}.

Para Ingrid Vorsatz, o desejo assinalado por Freud, é indestrutível⁴. O que significa

dizer que ele “escapa a determinação (e a ação) do tempo, seu tempo não é quando, mas já. O tempo do desejo é em ato”⁴ p.218. A questão é que dentro desse jogo do desejo, das inúmeras modalidades de gozo perquiridas, a sua consequência pode ou leva a um processo de fragilidade dos laços e a um processo de ínfima violência. Assim, há riscos enormes, porque, “a sensação de felicidade ao satisfazer um impulso instintual selvagem, não domado pelo Eu, é incomparavelmente mais forte do que a obtida ao saciar um instinto domesticado”² p.24.

Na obra *Totem e Tabu*, perante essa dimensão de renúncia e controle dos ímpetos instintivos, nos deparamos com a noção de destituição e a restituição da ordem, necessária a convivência social. O texto alude ao estado de gozo desenfreado de um pai violento que é destronado pelos filhos, mas com sua ausência se instaura a anomia, pois a figura do pai é que impedia a irrupção do gozo desmedido dos filhos, uma relação de traço bem edipiano. O “pai”, então é simbolicamente repostado, reconduzido em forma de lei.

A observância da lei sustenta a passagem de um estado de natureza ao estágio de cultura e civilização. Porém, se a passagem para o estado de cultura e civilidade se institui pela resposta a um processo violento, e implica numa evolução, isto não significa dizer para Freud que a violência seja extinta da esfera social. Não restam “dúvida de que a violência é uma marca que perpassa a história humana, estando presente não apenas em diversas tradições culturais como também em sociedades”⁵ p.61.

Numa correspondência de 1932, Freud escreve em resposta ao físico Albert Einstein, interpelado por esse, sobre o que fazer para livrar os homens da fatalidade da guerra. A resposta de Freud constitui uma de suas elaborações sobre a questão da violência. Em *Porquê a Guerra?* fica clara a esperança de Einstein em uma saída para a violência. A resposta de Freud, porém frustra o físico. Mesmo porque para Freud, a pulsão do ódio, da agressão e da destruição, indiferente ou não a razão atua no homem, inclusive em certa proporção como um mecanismo de prazer.

Nesse propósito então, Freud realiza na Carta uma breve exposição á Einstein sobre as pulsões [*triebe*]. A que considera de preservação e destruição. Presume-se que um dos pontos centrais da argumentação que objetiva Freud a Einstein, seja esse, “em todo caso, como o senhor mesmo observou, não há maneira de eliminar totalmente os impulsos agressivos do homem; pode-se tentar desviá-los num grau tal que não necessitem encontrar expressão na guerra”⁶ p.42.

Lacan e a agressividade “inata”

Preciso, nessa abordagem de atribuir uma formatação a um discurso da violência na estrutura psíquica do homem, Jacques Lacan se ocupa da noção de agressividade. A

agressividade, que de maneira muito grosseira é tida como violência, sendo então oportuna uma diferenciação entre uma coisa e outra.

A agressividade originária, assim, seria um primeiro tratamento à pulsão de morte, ao real pulsional. Manifestar-se-ia como tentativa de diferenciação em relação ao outro. Se a entrada da ordem simbólica é bem-sucedida, esse tratamento se dá pela via da palavra. Se a palavra não é suficiente para tratar esse excesso, o ato agressivo surge no lugar da palavra que não advém. Prescindindo da palavra, portanto, a agressividade pode se presentificar em ato, quando ao sujeito não restam outros recursos ou desvios. Assim, violência, agressividade e ato agressivo são três fenômenos diferentes que exigem dispêndios também diversos de energia psíquica junto às ações civilizatórias e a seu risco de desintegração^{7 p.254}.

Na leitura de Lacan, não nos resta dúvida dessa dissociação. Na qual deparamos inicialmente, considerando Lacan leitor de Descartes, com o processo de “solipicismo”, de individuação do sujeito. Afinal “para Lacan, o fundamento da agressividade é a identificação narcísica e a estrutura do eu”^{18 p.56}.

Lacan no texto *O estádio do espelho como formador da função do eu* de 1949, atenta para uma predisposição à agressividade, já presente e atuante no indivíduo em sua fase infantil. Em conformidade com essa argumentação deparamos com uma importante reflexão do filósofo Marcelo Perini “enquanto natural, o homem é violento. Ele age à maneira das forças naturais, dominado por suas tendências, instintos, necessidades; e seus atos”^{19 p.219}.

Para a psicanálise a infância é a fase primeva que marcará toda a estrutura do desenvolvimento mental humano. Portanto, não há como o homem se vê destituído da agressividade, já na infância, há uma hiância, isto é, no sentido que aqui empregamos a uma grande abertura à manifestação da agressividade. A abordagem de Lacan sobre a agressividade, que se explora na imagem especular, recebe uma importante explanação em 1948, na comunicação *A agressividade em psicanálise*.

Santo Agostinho antecipou-se à psicanálise, dando-nos uma imagem exemplar de tal comportamento nestes termos: “*Vidi ego et expertus sum zelantem parvulum: nondum loquebatur et intuebatur pallidus amaro aspectu conlactaneum suum*” —” Vi com meus olhos e conheci bem uma criancinha tomada pelo ciúme: ainda não falava e já contemplava, pálida e com uma expressão amarga, seu irmão de leite.” Assim liga ele imperecivelmente, à etapa *infans* (anterior à fala) da primeira infância, a situação da absorção especular: a criança contemplava, reação emocional; inteiramente pálida, reativação das imagens da frustração primordial; e com uma expressão amarga, que são as coordenadas psíquicas e somáticas da agressividade original^{10 p.117}.

Nesse texto de 1948, bem como, o texto de 1949, Lacan, incontestavelmente considera que a agressividade se constitui como algo estrutural do homem. Há na manifestação da agressividade a partir do texto de Lacan, “o enodamento de uma intenção, um dizer em falta e uma imagem do corpo em dificuldade, que estão ligadas a uma situação que atualiza para a criança a presença enigmática do Outro, que a confronta a uma parte de angústia”^{11 p.4-5}.

Na idade infantil, a angústia marca esse encontro com o outro, a agressividade assim se manifesta em reações emocionais. Isto é, a “angústia infantil situa-se como um dos afetos presentes desde o trauma do nascimento, o próprio momento de constituição do sujeito ou mesmo da rivalidade edípica”^{12 p.559}. Não que isso mude no mundo adulto, porém, as reações às formas de explicitação dessa agressividade recebe outro tratamento na ordem psíquica. Vale sublinhar a importância dessa ordem psíquica para a nossa constituição subjetiva. O “psíquico é captação do mundo exterior e é a tradução ou reconstrução desse mundo exterior num mundo interior que se edifica sobre dois grandes eixos: o imaginário e o afetivo, ou o eixo da representação e o eixo da pulsão”^{11 p.188}.

No *Seminário 17: o avesso da Psicanálise*, Lacan, em proximidade não explícita com Heidegger ou mesmo Aristóteles, no tocante a linguagem observa, “o ser humano, que sem dúvida é assim chamado porque nada mais é que o húmus da linguagem, só tem que se *emparelhar*, digo, se *apalavrar* com esse aparelho”^{13 p.48}. Porquanto, a palavra nomeia, diz e franqueia a compreensão. A sua ausência, ou incompreensão pelo *Outro*, pode abrir brechas para a manifestação da violência. Importante, considerar assim, a presença inata da agressividade. Com efeito, a passagem ao ato, em dadas circunstâncias retroage como resposta a uma violência externa. Lacan, numa menção ao texto freudiano de *Totem e Tabu*, atenta a instituição da lei perante a necessidade de uma resposta a um processo de inevitável instauração da anomia, já predisposta nas relações.

Para que algo da ordem da lei seja então veiculado é preciso que passe pelo caminho traçado pelo drama primordial articulado em Totem e tabu, ou seja, o assassinato do pai e suas consequências, assassinato, na origem da cultura, dessa figura da qual não se pode deveras nada dizer, temível, temida assim como incerta, a do personagem onipotente, semi-animal da horda primordial” morto por seus filhos^{13 p.211}.

Podemos então, inferir conclusivamente até aqui que a agressividade, a irrupção da anomia, a violência, as violações são presentes em nossa constituição antropológica. A lei e a cultura são mecanismos que abrandam esse impulso agressivo e estabelecem limites ao estágio da violência. Em suma, “a agressividade é constitutiva do ser humano, e ao mesmo tempo, afirma-se a importância da cultura, da vida social, como reguladora dos impulsos destrutivos”^{14 p.331}.

Slavoj Zizek e as evidências da violência

No percurso filosófico, deparamos com Slavoj Zizek que aborda um fenômeno atual. Para ele “hoje encontramos no mercado uma série de produtos desprovidos de suas propriedades malignas: café sem cafeína, creme de leite sem gordura, cerveja sem álcool. E a lista não tem fim: o que dizer do sexo virtual, o sexo sem sexo”^{73 p.26}.

Em outros termos, hodiernamente, é comum a presença do produto esvaziado de sua substância. Isso se encontra noutra relação, a do homem com a realidade, a superficialidade, a de resistir ao saber, vendo nele a causa de infortúnios. Entusiasta e estudioso da psicanálise, o filósofo de Liubliana pondera, “Jacques Lacan afirma que a atitude espontânea do ser humano é a de que “não quero saber disso” – uma resistência fundamental contra saber demais”^{73 p.83}.

Conquanto, se resistir ao real tem sido as artimanhas da pós-modernidade, tal processo de auto sabotagem, leva o homem a desconstruir sua própria constituição, a de *homo sapiens*. No caso, da violência, importa saber das artimanhas utilizadas pelo homem em sua constituição social e histórica para o seu não reconhecimento. Malgrado, a isso há um lugar comum, os interstícios em que um grupo de autores explicita uma espécie de “nódoa” que a violência produz na visão beatificada do homem, principalmente numa perspectiva cristã e evita considerá-la, portanto, constitutiva de nossa *res cogitans*.

Por isso é muito preciso a abordagem de Zizek que disseca os disfarces da violência e elucida sua composição na sociedade. O pensamento de Zizek se sustenta em diferentes matizes conceituais sobre a constituição inerente da violência no universo antropológico. Para ele à violência se mostra como um ponto real, e a sua elaboração textual comprova essa perspectiva e existência. Porém, parte da sociedade, ignora fatos, ainda que às vezes exija prova daquilo que lhe causa estranheza. A questão é que os fatos empíricos podem ser desconsiderados ou destituídos de significados, esvaziados de sua substância a partir de uma correlação de forças discursivas, o saber dizer, o como dizer, ou seja, aquilo que se constrói e desconstrói são manipuláveis numa cadeia infinita.

Salta a vista na obra *Violência: seis reflexões laterais*, eventos e fatos empíricos que comprovam a violência no meio social. Ademais, tais concepções evidenciam que a violência se estrutura em construtos históricos. Assim sua reprodução avança na sociedade, ora em ações que se discute, ora em ações que se repercute. É inadequado em nosso texto, visto sua rápida curva de abordagem determo-nos vagarosamente nas reflexões laterais zizekianas. Ao invés disso vamos tomá-las de sobrevoos. O interessante é que anterior às densas páginas onde o fenômeno da violência é tratado há logo no início da obra uma espécie de epílogo, que sintetiza toda a discussão sobre como podemos pensar a violência.

A questão é que as violências subjetiva e objetiva não podem ser percebidas do mesmo ponto de vista: a violência subjetiva é experimentada enquanto tal contra o pano de fundo de um grau zero de não violência. É percebida como uma perturbação do estado de coisas “normal” e pacífico. Contudo, a violência objetiva é precisamente aquela inerente a esse estado “normal” de coisas. A violência objetiva é uma violência invisível, uma vez que é precisamente ela que sustenta a normalidade do nível zero contra a qual percebemos algo como subjetivamente violento^{15 p.18-19}.

Inadvertidamente, o olhar do pensador esloveno desmitifica, se podemos utilizar dessa palavra, o que há de real na violência enquanto uma ação em curso na sociedade, e na exposição do seu discurso, em que se visa um ancoradouro de sua origem e manifestação. E neste procedimento teleológico de constituir um lugar para a compreensão da violência, Zizek enumera argumentos em que se pode encontrar a violência em todo o tecido social, a qual perpassa todas as hierarquias. Porém, há um discurso de identificação localizada da violência em algumas classes ou representações sociais, conceituadas marginalizadas. Não obstante, sem sombra de dúvidas, esse discurso deve ser visto como fraudulento, e a reprodução mais vil de uma maquiavélica e sub-reptícia trama de dominação.

A violência como um problema da representação antropológica

A negação natural da violência

Não obstante, no que tange a uma predisposição a violência é possível se deparar com objeções e resistências a essa premissa, que sugere ao homem uma violência “inata” a sua estrutura. A “questão fundamental gira em torno da possibilidade de se alcançar uma compreensão adequada da essência do homem seguindo-se a linha dessa sua derivação natural”^{1 p.14}, isto é, a percepção da “essência” do homem pelas lentes da violência causa inquietação.

Perante, essa constatação, por exemplo, deparamos com uma abordagem de Castor Bartolomé Ruiz, que faz uma crítica, ao que considera uma naturalização da violência. Para o mesmo é preciso um confronto, com os “(ab)usos ideológicos da violência compreendida como tendência natural ou pulsão instintiva do ser humano”^{16 p.240}.

A quem pretende aprofundar, Ruiz elabora sua defesa em desacordo da presença de caráter “inata” da violência na constituição do homem, a partir de pontos do pensamento de Emmanuel Levinas, a propósito de uma ética da alteridade.

Para Ruiz, o seu objetivo é levar a compreensão dos “mecanismos históricos que

normalizam a violência legitimando-a como fenômeno natural a ser administrado de forma utilitária^{16 p.241}. Prontamente discordamos que o reconhecimento da violência no universo humano, possa sempre ter a fito o interesse de uma administração utilitária da violência.

O autor faz uma crítica severa ao naturalismo, para aquele, o naturalismo obriga a aceitação da violência como um – fenômeno normal¹⁶. O naturalismo ao qual o autor se refere é percebido por ele nas obras de Richard Dawkins, Richard Wrangham, David Peterson, Antônio Damásio; Frans de Waal, Konrad Lorenz.

Para, Ruiz, o “naturalismo legitima a normalização da violência como parte do instinto, estabelecendo processos de gestão normalizadores dos comportamentos”^{16 p.251}. Portanto, o autor se convence que o naturalismo dilui a responsabilidade da violência na natureza. Assim, circunscrita no universo da normalidade pelo naturalismo, somente, a alteridade, esse termo tão caro a Emmanuel Levinas, seria capaz na visão de Ruiz de interpelar a violência. Na percepção deste autor, a alteridade – desconstrói os dispositivos normalizadores. O mesmo alude, que “enquanto o naturalismo dilui a responsabilidade na natureza, a alteridade confronta-se com a violência responsabilizando-a pelas consequências da ação”^{16 p.257}.

Ao que nos consta, não é apenas a dimensão da alteridade, no seu processo de relação com o Outro que interpela a violência. É pertinente, considerar que diversos autores ou correntes que defendem uma presença da violência na estrutura antropológica também o fazem, portanto, outros processos são possíveis na interpelação da violência.

Ainda no horizonte do pensamento de Ruiz, nesse debate do naturalismo ou não da violência, o professor Antonio Mateus Soares observa a violência “como elemento intrínseco à própria existência humana, entendendo que todos os seres vivos são movidos por comportamentos predatórios e instintivos de defesa”^{17 p.378}.

Porém, Soares conclui em consonância com o pensamento de Ruiz que a violência não é “um ato natural, mas contingente a um acúmulo histórico de sequestros e subversões de linguagens e sentidos”^{17 p.338}. Ou seja, a violência é nessa visão inserida no contexto sócio histórico. Sem muitas palavras, essa é também a conclusão de Ruiz num de seus trabalhos, o “objetivo deste ensaio é mostrar como, de fato, existe a possibilidade histórica de neutralizar a violência, pois ela não é uma pulsão natural inevitável, mas uma prática histórica”^{16 p.255}.

Ao contrário disso Nodari ^{18 p.190} atenta que o “ser humano é um ser capaz de razão e de violência. Ele é animal no sentido de ter em si uma tendência de agir ou com base nos instintos, tendências cegas e paixões ou de agir razoavelmente”. Porém, segundo o autor o uso da violência é, portanto, facultativo porque é possível escolher uma vida guiada pela razão.

Se Nodari concorda que “o ser humano é capaz de razão e de violência, sendo-lhe possível escolher tanto uma quanto outra”^{18 p.192}, a constituição natural da violência não pode ser negada. Segundo o argumento deste autor, podemos dizer que a violência “existe”, ou seja, ela pode estar fora do princípio de escolha e ação de algumas pessoas. Isto é, não ser numa escolha inteligível para que a pessoa a ela se submeta de maneira reativa.

Porém, é impreciso asseverar que há alguém que não faça escolha pela violência em seu sentido mais abrangente, a partir das intempéries da vida ordinária. Por outro lado se compreende também que o real é difícil de dizer ou traduzir, ainda mais, quando o mesmo implica em desaprovação. Ou seja, quando algo é contrário a vários princípios universalizados, mantém-se as coisas sobre certo velamento. Portanto, é difícil assumir-se uma pessoa propulsora de violência.

Isso se dando, para persuadir a realidade da violência em ato, ou em sua verdade, uma alternativa tomada na sociedade se dá pela descaracterização da sua dimensão, como abordou Slavoj Žižek e outros autores. A esse grupo de autores que confrontam os cenários sociais de blindagem do real da violência, deparamos com o filósofo francês, Eric Weil no tratado *Filosofia Política* de 1956.

O mundo contém a violência, jamais está livre dela, jamais encontra-se protegido dela e pode sucumbir no seu absurdo, mas não é feito de violência pura. Ele é feito de violência informada, educada, tornada razoável em certo grau^{19 p.70}.

Para não desancar de nossa mente a certeza da violência constitutiva, precisamos de acesso às outras elaborações, de uma discursividade que não embota ou ignora a violência. Devemos considerá-la então na retratação de teorias clássicas que mostram que o mundo sem violência é uma utopia desconcertante, e por que não dizer, uma construção maquiavélica, ao falsear e encobrir o óbvio, segundo o qual nosso mundo se assenta em composições de múltiplas violências.

A violência como um fenômeno natural

Hobbes, importante autor do Século XVII, menciona em sua concepção antropológica o quanto o homem pode ser violento e destrutivo. Não obstante, Hobbes, o define, “*Homo homini lúpus*”, ou seja, o homem é o lobo do homem.

Hobbes considera a violência “inata” ao homem, mas não se limita em demonstrá-la, o mesmo também propõe sua interpelação, isso se dá pela força do Estado. Ainda que o Estado, na sua atribuição de interpelação da violência, o faz no uso da força, e com uso por vezes desmedido da violência. O absolutismo de Hobbes vem demonstrar que a violência, mesmo que constitutiva da estrutura humana, precisa de enfrentamento de sua potência destrutiva.

Os “homens não tiram prazer algum da companhia uns dos outros (e sim, pelo contrário, um enorme desprazer), quando não existe um poder capaz de intimidar a todos”^{20 p.108}.

Não obstante, isso demonstra que o estado primevo da constituição humana é de discórdia, de guerra. Hobbes não mascara a violência, mas ao contrário, deixa como legado a tradição cultural e ao pensamento ocidental que é retomado por outros autores, a certeza de que “o indivíduo é violento”^{19 p.102}. Hobbes explicita que “tudo aquilo que se infere de um tempo de guerra, em que todo homem é inimigo de todo homem, infere-se também do tempo durante o qual os homens vivem sem outra segurança”^{20 p.109}.

Assim, mesmo que esteja em outro estágio do tempo, isto é, da história, os homens sem um guardião da segurança e da liberdade, agem em oposição à paz e dissemina riscos a vida uns dos outros.

A única forma de sobressair-se a violência, considerando-a presente na esfera pública, é a do consentimento, do contrato, do pacto em atribuição da força e da governabilidade sobre a vida individual ao Estado. A “violência e a delinquência marcam cada vez mais a nossa experiência social, em diferentes escalas de grandeza, seja nas relações pessoais, familiares, profissionais ou políticas”^{21 p.358}.

Perante a reflexão de Hobbes, o poder do Estado é adquirido pela força que controla o medo. Os “homens individualmente, ou em grande número e por pluralidade de votos, por medo da morte ou do cativeiro, autorizam todas as ações daquele homem ou assembleia que tem em seu poder as suas vidas e a sua liberdade”^{20 p.170}.

Eric Weil lembra Hobbes, ao afirmar que “os indivíduos estão em competição entre si, e a sociedade só vê nisso a sua vantagem”^{19 p.101}. O autor ainda considera que o desejo egoísta deve ser contido, uma orientação também hobessiana, e que o indivíduo não deve usar a força e a violência natural para eliminar ou pôr em desvantagem os seus concorrentes¹⁹.

A violência e a construção do conceito em paralaxe

A discussão sobre a violência nos emerge num horizonte em paralaxe. Segundo Zizek, adentramos num processo em paralaxe quando há “diferença ontológica, da discordância entre o ôntico e o ontológico-transcendental”^{22 p.18}. O filósofo de Liubliana, atenta que a *paralaxe* se refere “a lacuna que separa o Um de si mesmo”. Ou seja, há um descompasso entre a coisa de si mesma. Ainda que a violência seja real, sua realidade é negada. Portanto, tratamos da violência em paralaxe quando propomos realizar uma discussão sobre a situação que separa a ideia de violência dela mesma. Neste sentido, o objeto se desloca a partir da modificação na posição do seu observador, ao que consideramos uma antinomia fundamental. Pois a noção, a ideia, o significado, o conceito

de violência vagueia impreciso e confuso.

A discussão sobre a violência comporta uma discordância com seus métodos, principalmente numa crítica a sua corrosiva destituição da alteridade. Mas ela também precisa mostrar a obscenidade da violência quando ela surge num contexto sócio político de negação de direitos. Precisa-se então compreender o que de fato a discussão da violência nos expressa.

Ela expressa a defasagem ou o fosso entre as demandas subjetivas de pessoas ou grupos, e a oferta política, econômica, institucional ou simbólica. Traz então a marca de uma subjetividade negada, arrebatada, esmagada, infeliz, frustrada, o que é expresso pelo ator que não pode existir enquanto tal, ela é a voz do sujeito não reconhecido, rejeitado e prisioneiro da massa desenhada pela exclusão social^{23 p.37}.

Desse modo, discutir a violência pressupõe uma investida conceitual, daquilo que se pensa ou se propõe sobre a violência. Nesse aspecto convém a concordância com Frege. A “palavra conceito é empregada de diversos modos; por vezes em sentido psicológico, por vezes, em sentido lógico e, por vezes talvez, numa confusa mistura de ambos”^{24 p.211}.

Assim, malgrado as tentativas de ignorar os sentidos das ações perpetradas de violência, a violência se conecta as distintas ações, donde algumas são levemente desconstruídas de não violência, porém, os processos reais da violência não podem ser desconsiderados. A sua manifestação deve ser compreendida, mesmo em circunstâncias de um mero olhar desconfiado. Isso porque, nunca é demasiado considerar que a “violência é, portanto um fato da cultura”^{25 p.96}.

Admite-se assim que a “natureza humana é naturalmente má, a queda do caos social é uma ameaça permanente”^{15 p.83}. A violência não pode ser mera predicação, na qual o discurso dominante a atribui ao sujeito, àquele situado na esfera de [ator anômico], da desordem social, protagonista solitário de um mundo às avessas, não afeito a disciplina, calcada numa sociedade que encena em seu dia-a-dia a ordem pela submissão de corpos dóceis.

Em meio a tanta divergência sobre o realismo da violência, não obstante, podemos nos valer da expressão ‘falatório’, cunhada por Heidegger para percebermos o jogo de palavras que cerca a manifestação das diversas violências. O falatório em seu potencial de discurso só permite escutar o que se apresentou. O que está em jogo nada mais é que “repetir e passar adiante a fala”^{26 p.232}. Assim no discurso oficial sobre a violência se encobre seu aspecto real, e isso gera uma multiplicidade de pontos de vista ao seu respeito, e a torna realmente inconsistente de uma verdade ou realidade.

Por efeito, a reflexão ontológica da violência não é fundamentada, porque seu

caráter ôntico, ou seja, o seu objeto aparente não se deixa apreender sobre o signo da verdade. A construção de uma narrativa irreal e ilógica da violência se materializa num tecido de representação. Precisamos está advertido que a violência é senão, “a mais viva consciência de uma nova situação histórica e política”^{25 p.28}. A violência se torna uma representação discursiva, e o discurso em sua verdade se traduz ou se disputa numa correlação de forças. Assim, “sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa”^{27 p.9}.

Há uma interdição perpetrada no seio da sociedade para desdizer os atos de violência. A vontade de verdade cede espaço para uma guerra de opiniões, e que muitas vezes, sequer se sustentam num solo de uma argumentação lógica e segura. O discurso sobre a violência se sujeita as condições de possibilidade e de lugar de fala. Há no caso da violência um procedimento de discursos. Tais procedimentos estão diretamente ligados ao processo de desintegração do fenômeno da violência que as práticas discursivas promovem tão bem.

Trata-se de determinar as condições de seu funcionamento, de impor aos indivíduos que os pronunciam certo número de regras e assim de não permitir que todo mundo tenha acesso a eles. Rarefação, desta vez, dos sujeitos que falam; ninguém entrará na ordem do discurso senão satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo. Mais precisamente: nem todas as regiões do discurso são igualmente abertas e penetráveis^{27 p.36-37}.

Portanto, abordar a violência é um processo complexo e tem em sua atividade uma luta pela legitimidade daquele que fala. A afirmação ou negação da violência como um processo natural corresponde a essa legitimidade. A “violência continua certamente a ser pensada através de categorias em que a oposição entre instrumentalidade e expressividade encontra seu lugar”^{23 p.12}.

Considerações Finais

Propor uma discussão sobre a violência é aceitar de início um desafio. O que foi possível perceber em todo o processo de discussão é que há muitas controvérsias em relação à violência. A tarefa do debate, da escrita, enfim da discussão é um ponto inesgotável que nos convoca a pensar a violência que se presentifica desde os primórdios da história. A importância disso é que após séculos de história, mesmo com algumas tratativas, “a violência, a destruição e a autodestruição passaram a dominar fartamente a cena social da contemporaneidade”^{21 p.366}.

Há vários ensaios, artigos, textos, livros e teses que divergem sobre a violência em

sua abordagem, e daqui tratamos de sua concepção “inata” na constituição antropológica, na oposição de uma crítica ao que se convencionou chamar de “naturalismo” da violência, e que considera sua gênese como um processo histórico. Para a nossa elaboração, nos apoiamos em Freud, Lacan, na argumentação de uma relação intrínseca do homem com sua agressividade. E buscamos enlaçar o processo dessa agressividade a um transbordamento do ato agressivo, e uma conseqüente resposta com a violência. A agressividade principia essa tríade, pois a “afirmação e a conservação da vida realizam-se pela produção da agressividade”^{21 p.364}.

Noutro ponto da margem, há oposições ao convencionado “naturalismo” da violência, como se explorou em linhas gerais no trabalho de Ruiz e Soares. Obviamente, há muitos autores que concordam com a elaboração dos mesmos, e que merecem serem lidos e analisados minuciosamente. Perante, esse processo de discussão, ou controvérsias, o que de fato não se pode prescindir é de não investigar a violência. Para isso, a proposta de Slavoj Zizek, é muito precisa, e nos atribui um esforço contínuo de nos estranharmos com as artimanhas e seduções dos discursos sobre a violência. Mas principalmente, sobrepor às práticas discursivas que a nega e a desconstrói a partir de um pérfido e ritualístico jogo de interesses.

Em nota de considerar, esmiuçar o problema da violência é um processo demiurgo, que exige entrega, abandono e adoção de diferentes linhas de investigação, é, portanto, moroso e responsável. Podemos dizer que devido à importância para o universo humano, é um procedimento ético e responsivo, isto é, que exige e advoga respostas. Porém, é preciso conjecturar que a dimensão antropológica não nos permite respostas definitivas para o problema da violência, ao invés disso, precisamos avançar, manter-se em marcha, afinal, “o homem que vive na certeza de seu mundo pode ter pensamentos, mas não pensa”^{19 p.27}.

Referências

1. Vaz, Henrique Cristiano de Lima. *Antropologia Filosófica I*. São Paulo, Loyola, 1991.
2. Freud, Sigmund. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias e outros textos (1930-1936)*. São Paulo, Companhia das Letras, 2011.
3. Zizek, Slavoj. *Bem vindo ao deserto do real*. São Paulo, Boitempo, 2011.
4. Vorsatz, Ingrid. *Antígona e a ética trágica da psicanálise*. São Paulo, Zahar, 2013.
5. Birman, Joel. *Cadernos sobre o mal: agressividade, violência e crueldade*. Rio de Janeiro, Record, 2009.
6. Freud, Sigmund. *Porque a Guerra?* Santa Maria, Fadisma, 2005.
7. Guerra, Andréa Máris Campos; Soares, Camila Alves Norberto; Pinheiro, Maria do Carmo de Melo; Lima, Nádia Languárdia. *Violência urbana, criminalidade e tráfico de drogas: uma discussão psicanalítica acerca da adolescência*. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 247-263, ago. 2012.
8. Ferrari, Ilka Franco. *Agressividade e Violência*. *Revista Psicologia Clínica*. vol.18 nº 2 Rio de Janeiro, 2006.

9. Perine, Marcelo. Filosofia e violência sentido e intenção da filosofia de Éric Weil. São Paulo, Edições Loyola, 2013.
10. Lacan, Jacques. A agressividade em psicanálise. In: Escritos, São Paulo, Zahar, 1998.
11. Lacadée, Philippe. *Considerações sobre a agressividade e a violência*. In: Cunha, Cristiane de Freitas; Guerra, Andréa Máris; Albuquerque, Bruna Simões de; Toniolo, Lislely Braun; Melo, Elza Machado de (Org.). Juventude e Cidade: a potência do em comum. Belo Horizonte, Foliun, 2017. p.3-8.
12. Bolsson, Juliana Zineli; Benetti, Sílvia Pereira da Cruz. As manifestações de angústia e o sintoma na infância: considerações psicanalíticas. Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza - Vol. XI - N° 2 - p. 555 - 589 - jun/2011.
13. Lacan, Jacques. Seminário, livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar, 2008.
14. Bock, Ana M. B.; Furtado, Odair; Teixeira, Maria de Lourdes. Psicologias: uma introdução ao estudo da Psicologia. São Paulo Saraiva, 2009.
15. Žižek, Slavoj. Violência: seis reflexões laterais. São Paulo, Boitempo, 2014.
16. Ruiz, Castor Bartolomé. Alteridade humana e potência do não para a violência um diálogo com Emmanuel Levinas. Belo Horizonte, Revista Síntese, v. 43, n. 136, p.239-259, Mai./Ago., 2016.
17. Soares, Antônio Mateus. A filosofia da violência e a deterioração da política. Belo Horizonte, Revista Sapere aude, v. 7 –n. 12, p. 376-389, Jan./Jun. 2016.
18. Nodari, Paulo César. Razão e violência em Eric Weil. Revista de Filosofia, Amargosa, Bahia, v.16, n.2, p.188-204, dezembro/2017.
19. Weil, Eric. Filosofia política. São Paulo, Loyola, 1990.
20. Hobbes, Thomas. Leviatã: ou matéria, forma e poder de uma república eclesiástica e civil. São Paulo, Martins Fontes, 2003.
21. Birman, Joel. Arquivo da agressividade em psicanálise. São Paulo, Revista, Natureza Humana 8(2): 357-379, jul-dez. 2006.
22. Žižek, Slavoj. A visão em paralaxe. Boitempo, São Paulo, 2008.
23. Wieviorka, Michel. O novo paradigma da violência. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 9(1): 5-41, maio de 1997.
24. Frege Frege, Gottlob. Lógica e filosofia da Linguagem. São Paulo, Edusp, 2009.
25. Costa; Jurandir Freire. Violência e Psicanálise. 1985.
26. Heidegger, Martin. Ser e Tempo. Petrópolis, Vozes, 2015.
27. Foucault, Michel. A ordem do discurso. São Paulo, Loyola, 1996.

Representações sociais do trabalho infantil para agricultores e crianças da agricultura familiar no centro-oeste mineiro

Fátima Lúcia Caldeira Brant

Luiz Paulo Ribeiro

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Resumo

Este capítulo tem como objetivo descrever as Representações Sociais do Trabalho Infantil na Agricultura Familiar no Centro-Oeste Mineiro. Os sujeitos dessa pesquisa foram os agricultores familiares e suas crianças filhos (as) pertencentes a um grupo de agricultores familiares. As ferramentas metodológicas para a abordagem qualitativa dessa pesquisa foram entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. Empregou-se a técnica de Bardin para a análise de conteúdo dos discursos. Utilizou-se o software AtlasTI® versão 7.0 para a análise computacional dos dados qualitativos. A categoria central Trabalho Infantil ligou-se às subcategorias: Ajuda, Trabalhador, Forçado, Exploração, Sofrimento, Acidente, Ação, Lei, Pecado e Vadiar. Destacaram-se também as categorias Socialização, Lei, Agricultura Familiar e Trabalho. Existem vários modos de entendimento do trabalho infantil na agricultura familiar, com tendência de se concebê-lo como “ajuda”, mas também é visto como uma atividade com riscos e efeitos frequentemente imprevisíveis.

Palavras-chaves: *Infância, família, trabalho infantil, agricultura familiar.*

Apresentação

O Brasil enquanto signatário da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) adotou a descrição dos tipos de trabalho infantil de acordo com a natureza e condições em que são realizados, aprovando o Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008, que define a Lista das Piores Formas do Trabalho infantil- Lista TIP 1. A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente proíbem expressamente o trabalho infantil, porém permitem que adolescentes com mais de 14 anos trabalhem como aprendizes e que adolescentes com mais de 16 anos exerçam atividades ocupacionais que não sejam consideradas insalubres, degradantes ou perigosas.

De acordo com dados sobre o trabalho infantil no Brasil, apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD², cerca de 3,7 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 7 anos estavam trabalhando no país em 2011. Do total de crianças e adolescentes que estavam trabalhando, 89 mil tinham entre 5 a 9 anos de idade, 615 mil estavam na faixa etária de 10 a 13 anos e a maioria, cerca de 3 milhões, tinham entre 14 e 17 anos de idade. Em todas as faixas etárias, o sexo masculino era predominante.¹

Entre a população ocupada de 5 a 13 anos de idade, 63,5% trabalhavam em atividades agrícolas, sendo que aproximadamente 74,4% dos trabalhadores desse grupo atuavam sem remuneração.

O referencial teórico que embasa este texto é a Teoria das Representações Sociais^{3,4,5}. De acordo com Sá⁵ fenômeno e objeto de pesquisa não são, pois, termos equivalentes, além disso, o autor reitera que “a definição do par sujeito-objeto de uma pesquisa, deve-se ter em mente que a representação que os liga é um saber efetivamente praticado, que não deve ser apenas suposto, mas sim detectado em comportamentos e comunicações que de fato ocorram sistematicamente”.

Para Moscovici³ o conceito de representação social é:

Um sistema de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (p.21).

Sendo o objeto de pesquisa as Representações Sociais do trabalho infantil na agricultura familiar, é importante explicitar o conceito de trabalho infantil que orienta a abordagem desse estudo:

Aquelas atividades econômicas, e/ou atividades de

sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro, remuneradas ou não realizadas por crianças aprendiz a partir dos 14 anos independentemente da sua condição ocupacional ⁶

É importante também situar o significado de agricultura familiar, de acordo com Schneider ⁷:

Agricultura familiar consiste em uma forma social que envolve unidades (estabelecimentos agropecuários) que compreendem a posse ou propriedade de uma parcela de terra (geralmente de tamanho pequeno) em que trabalha um grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco e consangüinidade (podendo também haver membros que não possui estes vínculos), produzindo, ao mesmo tempo, para garantir a auto suficiência alimentar (autoconsumo) e a obtenção de excedentes destinados às trocas e/ou aos mercados” (p.3).

Carneiro⁸ entende “por agricultura familiar, em termos gerais, uma unidade de produção onde trabalho, terra e família estão intimamente relacionados”.

Schneider⁷ em análise do relatório da OIT¹ afirma que é necessário compreender o significado do que se denomina agricultura familiar. Para ele, o trabalho infantil na agricultura familiar assume papel importante no processo de socialização das crianças (p.9).

Antuniassi⁹ menciona que no Brasil e em outros países, o trabalho infantil na agricultura não teve regulamentação.

Para Schneider⁷ e Marin e Vendrusculo¹⁰, Silva e Jesus ¹¹, pelos estudos das diferentes realidades empíricas, os camponeses e agricultores familiares valorizavam as virtudes do trabalho na formação das crianças e do futuro herdeiro. Para esses autores possivelmente, os legisladores também mantiveram o mesmo entendimento, pois o aparato legal brasileiro não proibiu o trabalho desenvolvido pelas crianças e adolescentes nas unidades de produção agrícola familiar (p.5)

Este capítulo tem por objetivo identificar e analisar as representações sociais do trabalho infantil na agricultura familiar brasileira.

Abordagem metodológica

A pesquisa foi realizada em um município localizado no centro-oeste mineiro e segundo o IBGE¹², apresentava em 2010, uma população de 25.975 pessoas, num total de 85,4% residente nas áreas urbanas, e uma população residente rural de 3.782 pessoas, totalizando 14,6% da população do município.

Os participantes do estudo eram agricultores pertencentes à Associação de Produtores Rurais e Familiares de Santo Antônio do Monte – ASPROSAM e as crianças filhos (as) desses agricultores. Havia 75 famílias cadastradas na ASPROSAM por ocasião deste estudo. As famílias registradas na ASPROSAM foram convidadas para uma reunião onde foram apresentados a pesquisa e seus objetivos. Para aqueles que concordaram em ser entrevistados foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi desenvolvida em 12 semanas em 2012 e consistiu em dois momentos. O primeiro foi constituído pela realização de entrevistas semiestruturadas¹⁴. As entrevistas foram realizadas no território rural onde os agricultores tinham suas atividades de trabalho. As entrevistas semiestruturadas, conforme distingue Flick¹⁴ (2009), fazem uma abordagem “das teorias subjetivas como um modelo especial análise do conhecimento cotidiano” (p.149). O número de entrevistados obedeceu ao critério de “saturação”¹³.

Na segunda etapa da pesquisa foram realizados quatro grupos focais^{15,16}, sendo dois grupos constituídos por agricultores familiares, e outros 2 constituídos por crianças entre 6 e 12 anos de idade.

O local da realização dos grupos focais dos agricultores familiares se deu em uma sala onde se reúne o grupo da ASPROSAM.

O grupo focal composto pelas crianças, filhos (as) desses agricultores, foi realizado em dois ambientes, sendo:

1º- local onde as crianças moram (território rural), sendo considerado um lugar não estranho para elas. Foi decidido pelas crianças que a realização do grupo focal seria num riacho, onde as mesmas costumam brincar. De forma lúdica o grupo foi realizado.

2º- local da sala de reuniões dos agricultores familiares: em círculo, as crianças iam falando suas rotinas do dia-a-dia e o que entendem por atividades de crianças na agricultura familiar.

As gravações das entrevistas e dos grupos focais – *corpus de análise* – foram transcritas e conferidas a fim de garantir a qualidade dos registros das falas dos entrevistados.

A análise de dados se estruturou a partir da Análise de Conteúdo proposta por Bardin¹⁷, por intermédio da categorização temática, na qual os elementos textuais são agrupados através de temas, perfazendo uma investigação sobre o que cada um dos termos tem em relação aos demais e quais correlações podem ser feitas a partir desses índices, possibilitando as inferências da pesquisa. Cada categoria apresentada na pesquisa foi feita por pertinência e nas intenções da investigação.

Foi feita a seguinte seqüência de análise: (a) leitura flutuante; (b) avaliação da expressividade do conteúdo (categorias); (c) análise das freqüências das palavras; (d)

releitura fluante; (e) reafirmação das categorias; (f) análise das frases selecionadas pelo *AtlasTI*® versão 7.0 (g) revalidação das frases e (h) grade de categorias (l) escritas das correlações.

Os dados da frequência foram sistematizados com o uso software *AtlasTI*® versão 7.0, ferramenta computacional para a análise de dados qualitativos (14, 18, 19), facilitando a análise e apresentação dos resultados.

Assim, as categorias de análise (*families*) foram construídas a partir do direcionamento da pesquisa e dos recorrentes termos, conceitos e construções notadas nas falas da população pesquisada (*codes*). Estas foram organizadas a partir das seguintes denominações: Trabalho Infantil; Agricultura Familiar; Trabalho; Socialização; Lei. Para cada categoria acima citada, foi feita a frequência sistematizada das mesmas pelo *AtlasTI*® versão 7.0.

Todo esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP) estando sob o registro CAAE 03370212.1.0000.5149, e vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Obteve-se o consentimento de todos os sujeitos incluídos no estudo.

Resultados e discussão

As principais atividades desenvolvidas pelos agricultores entrevistados são: Agricultura 41%, Agricultura e Pecuária 12%, Aquicultura e Pesca 3%, Pecuária e Artesanato 3%, Apicultura 5%, Pecuária 19%, Não identificada 4%. Havia pouca mecanização, ou ainda, mecanização quase inexistente, apenas relacionada à irrigação de hortaliças, muitas das vezes usando o método de irrigação por gravidade sem a utilização de bombas e demais utensílios.

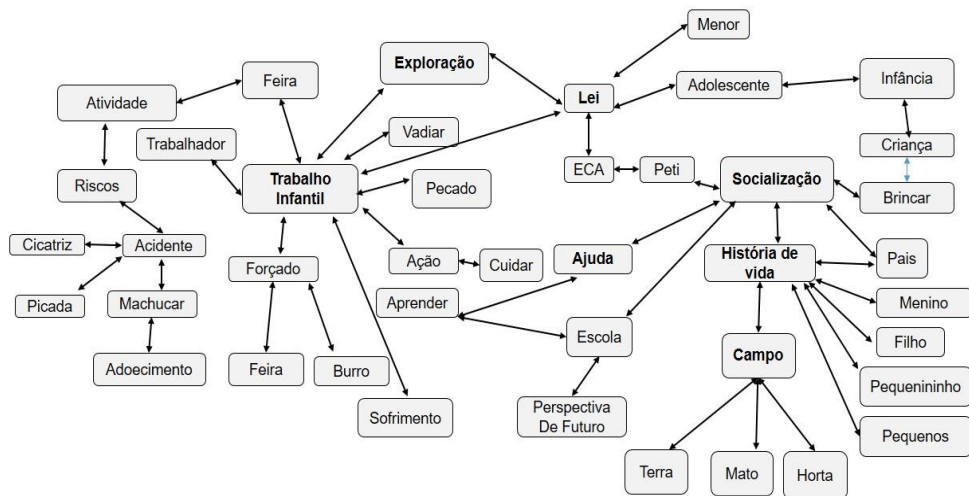
A distribuição por faixa etária dos agricultores estudados foi: 45% na faixa etária de 40 a 50 anos, 25% na faixa etária de 51 a 60 anos e 30% na faixa etária de 61 a 70 anos. Quanto à escolaridade registrou-se: 40% com Ensino fundamental incompleto (antiga quarta série), 10% com ensino fundamental completo, 25% com ensino médio completo, 3% com o Ensino Médio incompleto, 1% com Ensino Superior e 21% não souberam responder ou não responderam. Quanto à categoria sexo houve predominância do sexo masculino nas entrevistas e grupo focal com adultos, sendo 70% masculino e 30% feminino.

A faixa etária das 12 crianças participantes do grupo focal foi de 06 a 12 anos de ambos os sexos, cursando entre do 1º ano (antigo 3º período) ao 7º ano (antiga 6ª série).

A grade exposta a seguir na **figura 1** detalha o trabalho infantil na agricultura

familiar, captado nos grupos focais e nas entrevistas dos agricultores.

FIGURA 01. Grade de Análise: Aspectos relacionados ao Trabalho Infantil na Agricultura



Fonte: Grade de análise organizada através do AtlasTI 7.0.

Apresenta a categoria *Trabalho Infantil* ligado às subcategorias: Ajuda, Trabalhador, Forçado, Exploração, Sofrimento, Pecado, Acidente, Ação, Lei, Pecado e Vadiar. Percebe-se as várias maneiras de entender, expressar, representar e viver o trabalho infantil.

A categoria *Socialização* ficou organizada a partir das subcategorias: Escola, Brincar, História de vida, Peti (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil), Pais, e Perspectiva de vida. Entretanto a subcategoria História de vida optou-se por fazer uma junção a *campo*, por se fazer necessário a correlação dos conhecimentos da propriedade, modos de vida na agricultura familiar.

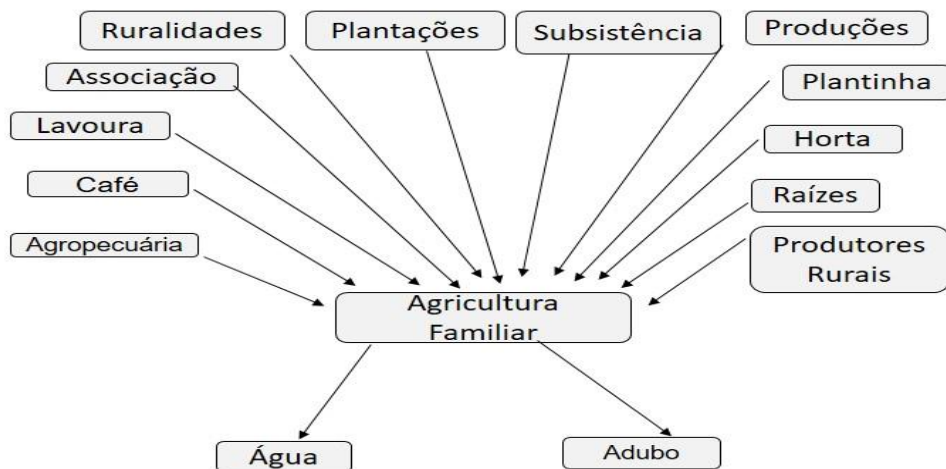
Na categoria *Lei* vinculada ao direito e compreensões historicamente construídas pela cultura dos agricultores, apresenta as categorias: Menor, Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). É percebido a que a concepção de Lei tem valor de referência na agricultura familiar.

Na categoria *Agricultura Familiar* (**figura 2**) são apresentadas as subcategorias: Agropecuária, Café, Lavoura, Associação, Ruralidades, Subsistência, Plantação, Produção, Plantinha, Horta, Raízes e Produtores rurais. A partir desse delineamento, a agricultura familiar implica em uma forma de produção, terra, trabalho, interações sociais e interações econômicas.

E por último na categoria *Trabalho* (**figura 3**) destacam-se as subcategorias Dignidade, Riscos, Atividade, Machucou, Feira, Lavoura, Adoecimento. O trabalho

apresenta desde fator de identidade e a processos de adoecimento.

FIGURA 02. Grade de Análise: Agricultura familiar e suas subcategorias citado nos grupos focais e nas entrevistas dos agricultores



Fonte: Grade de análise organizada através do AtlasTI 7.0.

FIGURA 03. Grade de Análise: Categoria Trabalho e suas subcategorias citado nos grupos focais e nas entrevistas dos agricultores



Fonte: Grade de análise organizada através do AtlasTI 7.0.

Trabalho Infantil: visão dos agricultores familiares

A primeira categoria a ser abordada nas representações sociais é o *trabalho infantil*, onde foi possível identificar que suas inserções nas atividades em território da agricultura

familiar se deram desde tenra idade:

[...] desde colo, praticamente eu já ia [...]

Os pais dos agricultores levavam os filhos para os acompanharem nos ambientes de trabalho e na medida em que cresciam iniciavam as tarefas junto aos pais:

“Porque meu pai era da zona rural [...] e tínhamos que trabalhar. Talvez não trabalharmos tanto assim, mas tínhamos que acompanhar os pais nos serviços, porque não tínhamos com quem ficar [...] depois, quando íamos crescendo, acabava que começávamos a trabalhar.” suj 4

Esse relato corrobora com as características do trabalho no período da escravidão no Brasil, no qual os filhos de escravos acompanhavam seus pais nas mais diversas atividades em que se empregava mão-de-obra escrava e exerciam tarefas que exigiam esforços muito superiores às suas possibilidades físicas²⁰.

A maioria dos agricultores, ao recordarem as atividades realizadas junto aos pais na agricultura, associou essas atividades a sofrimento e cansaço:

[...] a gente era burro e que burro tinha que trabalhar [...]. suj1

O sofrimento relatado pelos agricultores quando criança é marcado pela figura de autoridade do pai e a hierarquia no trabalho. Ao mesmo tempo percebiam como uma forma de solidariedade contribuindo com o sustento da família e sendo também um valor presente na cultura:

“Eu ajudava muito meu pai [...] a gente mexendo na roça. Sofrendo, pelejando. Mãe pobre, pai pobre, lutando para trabalhar, pra tratar da gente [...]” suj 2

De acordo do Schwartz²¹ “toda atividade de trabalho encontra saberes acumulados nos instrumentos, nas técnicas, nos dispositivos coletivos; toda situação de trabalho está saturada de normas de vida, de formas de exploração da natureza e dos homens uns pelos outros”.

Em relação à escolarização, os agricultores dão maior importância para a escola hoje, numa perspectiva de um bom futuro, pois no passado deixaram de estudar para “ajudar” os pais:

“Eu larguei o estudo aos onze anos de idade, pois não me deixou estudar mais...pois tinha que ajudar a trabalhar”. suj11

O trabalho é visto como parte do processo de socialização da criança, ligado a essa concepção de “ajuda”:

“É melhor ele ajudar aqui do que virar um maconheiro.” suj. 1

Os agricultores através dessas atividades na agricultura, revelam para os seus filhos o processo das novas gerações e modos de vida na agricultura, onde a escolarização é concebida como muito importante, pela possibilidade de uma vida melhor do que a deles no passado, que não estudaram:

“Não sabemos nem conversar [...] Eu pedi minha mãe para eu poder estudar e ela dizia: “Não de jeito nenhum”. suj 13

O trabalho infantil nesse território estudado é ancorado nas vivências dos agricultores familiares, na lida do dia-a-dia no rural com seus pais, definindo as atividades como “ajuda”, no presente, num processo de renormalização do trabalho na agricultura familiar. Uma outra forma de ensinamento do trabalhar na agricultura foi adquirida e repassada de geração para geração:

“Colocar para trabalhar e fazer trabalhar, além de ser uma coisa errada, fora da lei, é um pecado, uma coisa absurda”. suj6

Dentro dessa análise temos o que Schwartz (21) menciona sobre trabalho e saber, quando afirma que “a atividade de trabalho é atravessada pela história [...] toda vida humana, por ser ela parte de uma experiência, é atravessada de história. Ao falar de trabalho não se trata de uma “pequena história”, e sim de uma história marcada pelo acaso das vidas individuais. A história se re-escreve em permanência, onde novas normas de construção de saberes, de construção social, “renormalizações” incessantes reaparecem em todos lugares onde os grupos humanos se mobilizam para produzir (p.5).

Em relação ao brincar, fase importante na vida das crianças, esse estágio era sempre permeado junto ao trabalho:

“Mas durante a semana não podia assistir televisão e não podia brincar assim não! [...] mas era aquela rotina de trabalhar mesmo... não era pesado! suj13

Em relação acidentes de trabalho, apresentado na grade ligado a categoria *trabalho infantil*, os agricultores mencionaram alguns danos à saúde sendo a prevenção fator importante:

“E o sol está muito quente. O jeito que puder evitar tem que evitar. Usar o chapéu ou um boné pra dar uma protegida e evitar o câncer de pele”. suj 7

A representação da infância fica clara quando os agricultores familiares aceitam as leis vigentes sobre o trabalho infantil como importantes na questão da exploração do

trabalho infantil. Passam a ter familiarização (Leis) do que era desconhecido por eles quando criança em relação ao trabalho infantil. Pela grade nota-se o aparecimento da Lei sendo estágios ligados a educação e não punição, como:

“A gente não obriga o filho menor a trabalhar”. suj2

Trabalho Infantil: visão das crianças filhas (os) dos agricultores familiares

Os grupos focais com as crianças, trouxeram esse contexto atual das práticas das atividades na agricultura familiar, dando sentido às representações sociais vivenciadas em relação as atividades desenvolvidas por elas:

“O trabalho toda criança deve fazer [...]” suj1

As crianças filhas (as) dos agricultores familiares reafirmam nesse relato a importância do “trabalho” como forma aprendizado. O trabalho na agricultura é internalizado por eles como trabalho pesado, não porque realizam rotineiramente, mas porque vê o modo como os pais realizam as atividades. Mas ao mesmo tempo, entendem que o trabalho na roça tem solução e o urbano não:

“O serviço da cidade às vezes é mais cansativo... porque o da roça pelo menos tem uma solução. Se tiver irritando, você pode solucionar. Na cidade, se tem barulho de carro e está irritando, por exemplo, você vai passar a noite inteira escutando carro.” suj12

Aqui é expresso o rural como lugar de vida, de descanso e de qualidade de vida. De acordo com Carneiro e Castro²² o meio rural como espaço físico diferenciado, que é lugar de vida, isto é, lugar onde se vive (particularidades do modo de vida e referência Identitária) e lugar de onde se vê e se vive o mundo (a cidadania do homem rural e sua inserção na sociedade nacional), exemplifica um espaço marcado pela particular vinculação com a natureza e pelas relações sociais de interconhecimento [...] (p.21).

Em relação às atividades realizadas na agricultura familiar, mencionam como sendo “ajuda”, afirmam gostar não havendo nenhum tipo de remuneração:

“A gente ajuda a regar a horta, a cortar capim [...]” suj 1

Ao mesmo tempo uma responsabilidade voltada para a obediência:

“Nós temos que ajudar”. suj.10

A palavra “trabalho”, trabalho infantil quando mencionado ao grupo focal de

crianças, há certo silêncio, e muitos risos:

“[...] trabalho...rsrs...trabalho...é bom!” suj 4

Quando abordado para falarem sobre a vivência de um dia na agricultura familiar, nota-se a importância da fase da infância para as crianças, como o brincar, atividade apropriada e importante para o desenvolvimento da criança, sendo expressivo na fala. A palavra “trabalhar” aparece, integrada as outras ações.

“Tem que brincar, trabalhar, brincar, estudar, assistir televisão”.
suj.4

Ressalta-se aqui a importância à luz da Psicologia Histórico-Cultural de Vygotsky²³ quanto ao desenvolvimento da criança relacionado ao trabalho infantil, pois o autor entende o desenvolvimento como um processo dialético através das atividades das crianças. O desenvolvimento para ele não tem linearidade, mas há processos de transformação a partir da cultura.

Em relação ao processo de escolarização, as crianças todas estudam e gostam da escola:

“[...] trabalho da escola... se não estudar e não fazer os trabalhos da escola, depois vai ter que agarrar no pesado.” suj8

A noção de perigo e de acidentes pelas crianças, quando ajudam na agricultura, não foi identificado, entretanto, o discurso de uma suposta “dor” foi apresentado:

“Carreguei um balde cheio de água para meu pai no tamborzão para por as mandiocas e senti dor [...] senti dor nas costas” suj 1

Considerações finais

Descrever as Representações Sociais do Trabalho Infantil na agricultura familiar é procurar entender o fenômeno “trabalho infantil” em suas particularidades, invisibilidades para ações em saúde e saúde do trabalhador voltado para o trabalho infantil. A terra é tida como valor para esses agricultores familiares, que mesmo tendo trabalhado desde pequeno, reproduzem seus modos de vida – agricultura familiar -, para com seus filhos.

Entretanto, em relação a seus filhos (as) atualmente, não há uma relação de poder, obrigação. Houve um processo de renormalização no modo de praticar essa “ajuda” na agricultura, onde as crianças praticam alguma atividade se desejarem.

Em relação ao processo de socialização, o valor do Trabalho, não só na agricultura familiar, é repassado aos filhos como dignidade, identidade e valor. As leis vigentes do

trabalho infantil foram ancoradas na atualidade pelos agricultores familiares, onde os mesmos a reconhecem como fator não de punição, mas de educação.

As representações do trabalho infantil na agricultura para as crianças, é mencionado como cansativo, não porque trabalham na agricultura, mas porque vivenciam o trabalho dos pais na agricultura. A heterogeneidade do fenômeno trabalho infantil na agricultura familiar estudada, pelas representações sociais abre compreensão dos conceitos, valores, significados, práticas do trabalho infantil, construídos pelos sujeitos, passado de geração a geração, e que determinam suas atitudes e comportamentos de risco ou proteção à saúde.

É entendido a partir das representações sociais desse grupo estudado, que existem vários modos de entendimento sobre o trabalho infantil na agricultura familiar, com grande tendência de se concebê-lo como “ajuda”. No entanto, observa-se que tal ajuda, por vezes aponta para uma atividade com riscos e efeitos frequentemente imprevisíveis. Os estudos dessas representações sociais devem ser entendidos como ponto de partida, para se chegar a definições sobre o trabalho infantil na agricultura familiar, com possíveis ações em promoção em saúde e saúde do trabalhador.

Referências

1. OIT. Organização Internacional do Trabalho. **O trabalho infantil no ramo agrícola brasileiro**. KASSOUF, A. L. (Coord.). Brasília: OIT, 2004.
2. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Disponível em: <g1.globo.com\brasil\notícia\ 2012\09 – Trab. –inf.>. Acesso em: 30.01.2013.
3. MOSCOVICI, Sergue. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.
4. JODELET, Denise. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In; JODELET, Denise (Org). **As representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed UERJ., 2001. p.17-44
5. SÁ, Pereira Celso. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed UERJ.1998.
6. BRASIL, 2004. **Plano Nacional Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalho Adolescente**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2004.
7. SCHENEIDER, Sérgio. **Agricultura e Trabalho Infantil: uma apreciação crítica do estudo da OIT**, Porto Alegre: Instituto de Formação Sindical Irmão Miguel/ Fetag-RS, 2005.
8. CARNEIRO, Maria José. Agricultores familiares e pluriatividade: tipologias e políticas. In: COSTA, Luís Flávio Carvalho. MOREIRA, Roberto José. (org.). **Mundo rural e tempo presente**. Rio de Janeiro: Mauad, 1999. p. 325-344.
9. ANTUNIASI, Maria Helena Rocha. **Trabalho Infantil: escolarização no meio rural**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.
10. MARIN, **Joel Orlando Bevilacqua** e VENDRUSCOLO, Rafaela. Infância e trabalho nas unidades de produção familiar In: Encontro da Rede de Estudos Rurais. **Anais**. Curitiba: UFPR, 2010.
11. SILVA, José Ribeiro; JESUS, Paulo. Os desafios do novo rural e as perspectivas da .agricultura familiar no Brasil. In: V Congresso Norte-Nordeste de Pesquisa e Inovação (CONNEPI), **Anais**, Maceió: Centro

de Convenções de Maceió, 2010.

12. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Santo Antônio do Monte**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 02/11/2012.
13. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. 12 a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
14. FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
15. IERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escritos de Enfermagem**, v.35, n.2, p.115-21, jun, 2001.
16. CRESWEL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
17. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
18. FERREIRA, Izabel do Rocio Costa *et al.* Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, v. 12, p.3385-3398, 2012.
19. GIBBS, Graham R. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
20. KASSOUF, Ana Lúcia. O que conhecemos sobre trabalho infantil. **Nova Economia**, v.17, n.2, p.323-350, maio/ago. 2007.
21. SCHWARTZ, Yves. Trabalho e saber. **Trabalho & Educação**, v.12, n.1, jan./jun., 2003.
22. CARNEIRO, Maria José; CASTRO, Elisa Guaraná. **Juventude Rural em Perspectiva**
23. Seminário Juventude Rural. Rio de Janeiro: Ed. Mauad Edicomo editora Ltda, 2006.
24. VIGOTSKI, Lev Semionovitch. **Teoria e método em psicologia**. (Tradução Cláudia Berliner). São Paulo: Martins Fontes, 1996.

Adolescência e violência

Luís Fernando Duarte Couto
Musso Garcia Greco
Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Resumo

Neste capítulo trataremos da relação entre adolescência e violência. Para isso, destacaremos o adolescente com história de um ato de extrema gravidade – o homicídio – para tentarmos analisar as questões sociais e subjetivas que podem contribuir para a prática de tal ato. Retomaremos brevemente alguns conceitos da adolescência a fim de trazermos nossa hipótese sobre as particularidades da adolescência nos territórios de exclusão. A seguir, abordaremos o “adolescente-tabu”, considerado pelo corpo social como ser abjeto e que deve ser mantido o mais distante possível da civilização. Finalmente, traremos considerações sobre o papel do desamparo na constituição da subjetividade e os efeitos disso em um período tão delicado como é a adolescência.

Palavras-chaves: Adolescência, violência, sintoma.

Odeia teu próximo como a ti mesmo

A vida em sociedade é marcada por um certo desconforto. Observamos, assim, um esforço dos humanos em obter felicidade, sua tentativa de permanecer em tal estado e a impossibilidade de se manter indefinidamente feliz.¹ É o que Freud¹ nos ensina em sua obra “Mal-estar na civilização”. Uma das formas de lidar com esse mal-estar consiste em uma busca pelo prazer. Há um programa humano em tentar obter prazer e é este um dos princípios que norteiam o funcionamento do aparelho psíquico de cada indivíduo. Podemos perceber, a partir desse princípio, que o humano busca o prazer e isso se dá de forma independente das regulações e das normas do mundo. Em outras palavras, tal programa é colocado em funcionamento mesmo que em desacordo com o normal social.

Se partimos então de um território marginal, onde as pressões de segregação contribuem para que parte dos indivíduos permaneça em lugar de exclusão, podemos extrair dele um subconjunto, o dos adolescentes e, em uma vertente mais violenta, o adolescente homicida. Seguindo tal linha de raciocínio, podemos afirmar que o adolescente com uma passagem ao ato homicida pertence ao conjunto dos humanos e, assim, podemos considerar – como em todos os humanos – seu programa individual que consiste em procurar para si, alguma satisfação. Há em seu caráter humano, a mesma busca por prazer, mesmo que em desacordo com as leis que permitem certa harmonia na sociedade. Não sabemos, a princípio, se a execução de seu projeto o levará à felicidade, e a essa resposta só será possível ter acesso a partir de cada um – em sua singularidade. Não há resposta dada *a priori* nesse caso. Freud¹ afirma que “não existe regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo”.¹

Nesse caso, especificamente, estamos diante de adolescentes cujas existências são marcadas pela precocidade da morte, como os dados estatísticos nos mostram. Há que se questionar de que modo uma existência marcada por dificuldades importantes poderia se beneficiar no empreendimento de um programa de obtenção de prazer que levasse em conta o princípio de preservação da vida. Em outras palavras, é possível questionar até que ponto o adolescente em situação de extrema vulnerabilidade estará disposto a orientar sua vida em busca de uma improvável felicidade, diante de uma provável morte precoce, como faz Freud¹:

Enfim, de que nos vale uma vida longa se ela se revela difícil e estéril em alegrias, e tão cheia de desgraças que só a morte é por nós percebida como uma libertação?!

Essa é uma questão que tentaremos avançar. Afinal, até que ponto vale a pena perder uma parcela de satisfação para participar da civilização? Ou seja: em que medida, um sujeito cuja percepção do mundo lhe aponta que irá morrer em breve, se submeterá à lei. Privar-se de uma satisfação em benefício da existência da civilização parece não lhe fazer sentido, já que as contas de sua economia libidinal sugerem que estará em prejuízo e

não terá como benefício a participação no mundo por muito tempo. Continuamos aqui, no percurso de Freud, que nos aponta que “não é fácil entender como pode ser possível privar de satisfação um instinto. Não se faz isso impunemente. Se a perda não for economicamente compensada, pode-se ficar certo de que sérios distúrbios decorrerão disso”.¹

É possível recolher elementos, a partir da clínica com adolescentes em situação de vulnerabilidade, que apontam como a percepção do sujeito dessa conta que não fecha, ou seja, desse prejuízo libidinal que parece não lhe garantir o prolongamento da existência, pode levá-lo a questões com a lei e à desconsideração pela manutenção dos pactos que possibilitam a existência da civilização. Por exemplo, um adolescente, a quem nomeamos “Joker”, com algumas histórias de passagem ao ato homicida, durante um acompanhamento orientado pela psicanálise, questiona seu lugar no mundo, diz ser impossível “levar a vida no asfalto”. “A gente só tem lugar na favela”. Em outra ocasião fala de uma pretensão, para ele audaciosa: “Quero ter a oportunidade de viver até os vinte e cinco anos”. Chama atenção em sua história que se encontrava fora da dimensão do amor, como filho não desejado, e tem que se haver desde muito cedo com um desamparo fundamental. Esse adolescente morreu aos dezesseis.

Segundo Freud¹, a vida comunitária dos seres humanos tem um fundamento duplo: a compulsão para o trabalho e o poder do amor. Desse modo o homem pode resolver dois aspectos que condicionam o funcionamento do mundo. Resolve a questão da fome e da autopreservação, através do trabalho; e preserva a espécie, por meio do amor.¹

Sabemos que o amor não é necessário à manutenção das espécies, tendo-se em conta que é possível a reprodução sem o amor. Mas tal sentimento está presente na comunidade humana havendo, inclusive, uma lei que ordena a amar ao próximo como a si mesmo. O amor é, nessa perspectiva, o fator que possibilita a manutenção, em certa medida, dos vínculos afetivos dentro de uma família, dos vínculos de amizade, mas também é a maneira como a civilização suporta a existência da sexualidade como fonte de prazer. Parece ter sido necessário o amor para que o humano pudesse tolerar um mal-estar do sexo¹. Freud sugeriu que o indivíduo toleraria a sexualidade como fonte de prazer porque não existia, àquela época, um substituto como meio de propagação da raça humana¹. Isso nos leva a localizar um outro campo de investigação já que na atualidade percebemos alguns efeitos dessa constatação e das tecnologias que permitem a produção de novos seres humanos abolindo o (des)encontro sexual e o amor.

Mas, retomando uma questão feita por Freud, em por que amar ao próximo como a si mesmo, trazemos também seu esclarecimento: o humano ama no outro, o que há de semelhante em si¹. Freud coloca nos seguintes termos:

Ela merecerá meu amor, se for de tal modo semelhante a mim, em aspectos importantes, que eu me possa amar nela; merecê-lo-á

também, se for de tal modo mais perfeita do que eu, que nela eu possa amar meu ideal de meu próprio eu¹.

Podemos tentar extrapolar esse ponto, partindo da percepção de que opera uma nova norma política nos territórios marginais – essa norma que se funda no inverso de uma norma ética – e deslizar para uma outra pergunta: por que odiar o outro? O estudo nos conduz à ideia de que se odeia o outro como se odeia a si mesmo.

Um outro adolescente, a quem nomeamos “Hórus”, que havia sido encontrado aos quatro anos de idade debaixo de um viaduto como resto, mata um jovem e arranca-lhe os olhos em uma tentativa de extrair no outro o mal que lhe parasitava. Acreditando estar possuído por uma força demoníaca e invadido pelo olhar do outro, comete o assassinato. Dirige o ódio de si ao espelho que encontra no semelhante. Invertendo a afirmação de Freud, teríamos que “o outro merecerá o meu ódio, se for de tal modo semelhante a mim, em aspectos importantes, que eu possa me odiar nele”. É uma questão delicada e importante, porque estamos lidando com os laços estabelecidos entre os humanos, os pactos que permitem a continuidade da humanidade como civilização.

Devemos lembrar que o humano surge na natureza em condição de dependência de outro, ou, como afirma Freud⁶, nasce ainda prematuro. O amor, tem aí lugar especial, por ser o que permite o cuidado durante a infância e, por conseguinte, possibilita à criança sobreviver. O desamparo ou a perda do amor traz consigo a ameaça à vida, traduzido como um sentimento mau.

O que é mau, frequentemente, não é de modo algum o que é prejudicial ou perigoso ao ego; pelo contrário, pode ser algo desejável pelo ego e prazeroso para ele. Aqui, portanto, está em ação uma influência estranha, que decide o que deve ser chamado de bom ou mau. De uma vez que os próprios sentimentos de uma pessoa não a conduziram ao longo desse caminho, ela deve ter um motivo para submeter-se a essa influência estranha. Esse motivo é facilmente descoberto no desamparo e na dependência dela em relação a outras pessoas, e pode ser mais bem designado como medo da perda de amor. Se ela perde o amor de outra pessoa de quem é dependente, deixa também de ser protegida de uma série de perigos. (...) De início, portanto, mau é tudo aquilo que, com a perda do amor, nos faz sentir ameaçados¹.

Dessa forma, o indivíduo consegue traduzir o mau - o sentimento mau -, como aquilo que se produz ao se sentir desamparado. Podemos pensar, então, nos destinos que poderá dar a esse sentimento mau, de modo que alguns dos caminhos poderia ser o de dirigi-lo para si ou para o semelhante. Em uma nota de rodapé, Freud¹ esclarece um ponto que nos interessa neste percurso, quando afirma: “Nas crianças delinquentes, criadas sem amor, a tensão entre o ego e superego está ausente, e a totalidade de sua agressividade pode ser dirigida para fora”¹. Percebemos assim as consequências do sentimento de

ameaça que surge da perda do amor do outro, como estando na gênese de um mal. Perder alguma garantia de amor significa para a criança que necessita de cuidados, uma ameaça à própria vida - um mal - na constituição de sua subjetividade. As manifestações agressivas dirigidas a si ou ao Outro podem ser consideradas as resultantes desse “mal”.

É o mal que, se dirigido ao Outro, coloca-nos, como afirma Tendlarz¹⁷, diante da maldade. Podemos pensar aqui na maneira como a relação do sujeito com a linguagem pode afetar o discurso e o laço social. Ao dirigir seu desconforto ao Outro, perturba o laço social, e faz surgir no mundo, a maldade.

O adolescente assassino será o sujeito que destacaremos da cultura, na medida em que, sendo o elemento que rompe com a organização e pactuação social, será também aquele que nos permite considerar as tensões em jogo no estabelecimento de um laço com o Outro. Em um território específico, a presença de vários elementos de uma série, ou seja, um número maior de adolescentes que levam suas vidas à margem da lei, permite pensar como se dá a presença dessa agressividade manifestada na subjetividade. Tal agressividade que faz surgir no campo social, a violência, supõe a dificuldade no uso da palavra diante dos conflitos inter-humanos, ou seja, o ato de agredir surge diante do impossível de dizer. Segundo Lacan, o diálogo, em si, parece constituir uma renúncia à agressividade⁷.

Em tais territórios marginais, parece ficar evidente que o corpo social existe no limite de seu rompimento, no qual as forças de destruição operam degradando o laço social e a presença do amor como mandamento já não é tão evidente. Estamos considerando aqui, é preciso lembrar, não um território geográfico marcado pela pobreza, mas um território constituído por vários territórios subjetivos que operam no rompimento do laço social no que concerne à legalidade, bem como na produção de constantes “guerras” com outros territórios semelhantes. É nesse lugar que a morte tem presença marcada, sobretudo para os jovens que se colocam como instrumentos da violência. O adolescente que aí se encontra pode carregar uma dupla dimensão, tanto da potência da juventude, das possibilidades de vida, da esperança sagrada de continuidade da espécie; quanto como sujeito do mal, impuro, o que traz a marca da violência, o ser abjeto, instrumento da morte. Nesse sentido, podemos pensar em um “adolescente tabu”, aquele que carrega em si, ao mesmo tempo, o nome do sagrado e do impuro. Para avançarmos esse ponto retomaremos alguns conceitos da adolescência e nossa hipótese sobre a adolescência nos territórios de exclusão.

Adolescência colabada

A adolescência é um conceito que surge em fins do século XIX e início do século XX e marca um período particular na vida humana, diferenciado, por esse termo, da infância e da vida adulta⁸. Apesar de não ser um conceito psicanalítico, podemos empregá-lo no

sentido de entender como cada sujeito experimenta esta transição. Esse período pode ser mais ou menos superposto à puberdade, experiência universal dos humanos, que consiste na maturação do corpo biológico e que se dará por processos bioquímicos diferentes nos meninos e nas meninas – e com consequências orgânicas também diversas.

A puberdade será esse real que surge da irrupção de um corpo novo e “o adolescente é convocado a se confrontar com essa emergência pulsional que se impõe a ele, na intimidade de seu corpo”⁹. A puberdade, para os humanos, evidencia um não-saber fazer com esse corpo, a falta de um saber sobre a relação sexual.

Nesse sentido, Alexandre Stevens (2004) irá conceituar a adolescência como sintoma da puberdade; ou seja, a adolescência será a resposta que o sujeito dará diante de uma nova vida que irrompe no corpo e no mundo⁸. A delicadeza dessa fase está em um encontro com um impossível e as tentativas do sujeito de se localizar e se nomear aí. A esse impossível - ou seja, o real da puberdade que irrompe no corpo, o surgimento de um corpo novo -, o adolescente poderá dar várias respostas possíveis. Cada maneira de constituir uma resposta pode ser entendida como um sintoma da adolescência, aquilo que lhe permite responder com palavras ou atos, a uma crise, a uma ausência de nome que dê conta do real – ou seja, àquilo que constitui o real como impossível, inapreensível em sua totalidade pelo saber.

A adolescência é, então, esse tempo de colocar à prova a falta de um saber sobre o real, mesmo que se tente inventar alguns nomes. Para o psicanalista Philippe Lacadée (2011), a adolescência é um tempo lógico em que o sujeito busca uma nova maneira de ser que o liga a um novo lugar, longe do círculo familiar, em outras companhias. O adolescente, percebendo as modificações de seu corpo, coloca em questão os significantes ideais do Outro parental. Diante da estranheza de sua metamorfose, depara-se com algo intraduzível na língua do Outro e se confronta com um impasse, um vazio. Na tentativa de contornar esse vazio, o adolescente passa à dimensão do agir, o que pode permitir a ele “inventar outras cenas, outras comunidades de vida, outros lugares de traduções, e mesmo a correr riscos, pôr sua vida em jogo”¹⁰.

A questão é saber qual preço o adolescente terá de pagar para ultrapassar essa etapa de riscos, essa etapa decisiva que é, como a psicanálise nos ensina, a do encontro do sujeito com o desejo sexual, a etapa do remanejamento da vida sexual infantil e da escolha do objeto de amor. Como o adolescente lidará com isso? Qual será sua margem de manobra entre os sobressaltos que surgem e a herança de sua infância? Arriscará toda a sua vida ou saberá consentir com o sacrifício de uma parte do gozo que aí se mostra em jogo?¹⁰

Por outro lado, nos territórios marginais de que falamos, constatamos algumas diferenças. A adolescência traz consigo a ideia de uma ação em andamento, que requer

um tempo para acontecer. Parece, no entanto, que para alguns jovens, não há tempo para adolecer, não há tempo para compreender. É o que observamos em alguns casos em que há a impressão que a adolescência não aconteceu: passou-se da infância à vida adulta por imposição do tempo. A proximidade da morte, como nos mostra a estatística e a realidade desses jovens parece, mais uma vez, ter influência aqui. O efeito disso seria uma adolescência abolida ou colabada. Tal “imiscuição do adulto na criança”¹¹ anteciparia, no jovem, as obrigações de uma vida adulta, sem que se tivesse tempo para uma transição mais delicada. O adulto tomaria conta desse corpo infantil e o tratamento que se dá a esse encontro com o real seria então mais precário, com nomeações frágeis, algumas vezes extraídas de uma realidade violenta. Tal é o caso de um adolescente que se nomeia “assassino”, “patrão” [do tráfico], como sendo a reposta adulta que dá diante de um mundo em que não vê a possibilidade de viver por muito tempo.

Poderíamos assim, pensar a delinquência, por um lado, como uma resposta adulta, com suas obrigações, deveres e responsabilidades no “mundo do crime” diante de uma adolescência colabada; mas, por outro lado, também podemos pensá-la, como afirma Miller (2015), como a socialização do sintoma na adolescência, a maneira que o sujeito encontra de participar do laço social por meio de seu sintoma.

Será esse adolescente delinquente – que tem imiscuído na criança, o adulto – que portará em seu ser, o sagrado e o criminoso, ou seja, será o sujeito que irá carregar, ao mesmo tempo, a potência da juventude e o mal que traz a morte – será ele próprio, o tabu.

O adolescente tabu

Tabu é uma palavra ambivalente por comportar em um mesmo termo os conceitos de sagrado e impuro. Freud (1913/2006) descreve as sociedades totêmicas e analisa como elas se organizam em respeito a determinados tabus e como alguns desses acabam se repetindo, de certa forma, em todas as sociedades. Os tabus que ordenam uma comunidade são proibições a serem obedecidas. A transgressão a um tabu implica em um ritual de vingança e punição que tem como finalidade evitar que tal violação se repita¹².

Freud (1913/2006) afirma que o violador do tabu se transforma, ele próprio, em tabu. Esse indivíduo transgressor passa a ser considerado como alguém que carrega um poder perigoso que poderia ser transferido pelo contato com a pele, tal como numa infecção. É assim que o indivíduo-tabu, aquele que violou a regra e se transformou em signo de transgressão, passa a encarnar, mais que a ambivalência do termo que define a um só tempo sagrado e impuro também, o demoníaco, aquele que não pode ser tocado¹².

Há duas proibições básicas relacionadas aos tabus das sociedades, desde as mais primitivas, e que nos foram ilustradas por Freud, no mito de Édipo. Trata-se da proibição do parricídio – e daí derivamos a proibição do homicídio, a ordem de não matar

– e da proibição do incesto, – o que nas sociedades primitivas consistia na proibição de ter relações sexuais com membros do mesmo clã totêmico. Essas duas leis básicas, presentes em todas as sociedades, são o que possibilita o surgimento da civilização e a manutenção de certa ordenação nas comunidades humanas¹². A proibição ao assassinato e a proibição ao incesto são, portanto, as leis garantidoras da existência do pacto e do laço social.

Desde as sociedades primitivas observa-se, então, que a violação de um desses tabus deve ser punida, vingada na pessoa do transgressor, para evitar que o mal se dissemine¹². Tal é o caráter contagioso e demoníaco do tabu – que se reflete no medo de imitá-lo.

A análise de Freud sobre as sociedades totêmicas e os tabus nos conduzem à reflexão sobre a necessidade de tais leis para a garantia da existência da civilização. Freud lembra que não existe lei que obrigue o homem a beber ou comer, ou o proíba de colocar as mãos no fogo. A lei existe somente quando se é necessário proibir aquilo que se deseja. Aquilo que a “própria natureza proíbe e pune seria supérfluo para a lei proibir e punir”¹².

Por conseguinte, podemos sempre com segurança pressupor que os crimes proibidos pela lei são crimes que muitos homens têm uma propensão natural a cometer. Se não existisse tal propensão, não haveriam tais crimes e se esses crimes não fossem cometidos, que necessidade haveria de proibi-los? Desse modo, em vez de presumir da proibição legal do incesto que existe uma aversão natural a ele, deveríamos antes pressupor haver um instinto natural em seu favor e que se a lei o reprime, como reprime outros instintos naturais, assim o faz porque os homens civilizados chegaram à conclusão de que a satisfação desses instintos naturais é prejudicial aos interesses gerais da sociedade¹².

Logo, presume-se que também a proibição de matar se relaciona às tentações dos homens em matar os outros. Depreende-se daí a construção de Miller (2008) ao afirmar não haver nada mais humano que o crime. Afinal, somente sendo humano será possível violar as proibições dessa sociedade. A consciência de culpa surge, nesse contexto, como a percepção da condenação interna de um ato pelo qual realizamos um determinado desejo¹².

As punições às violações dessas proibições estão relacionadas, como afirmamos, à necessidade de interromper a propagação da maldade, tal “infecção” pelo tabu. É nesse momento que a sociedade se vinga e procura, por meio do castigo, dar vazão ao impulso proibido que nela também está presente. O castigo, um dos fundamentos do sistema penal, proporciona aos executores, a oportunidade de cometer o mesmo ultraje, sob a aparência de uma expiação¹². Percebemos assim, que o impulso a cometer o ato proibido está presente tanto no criminoso como na sociedade que dele se vinga. Na atualidade, podemos perceber com clareza esse fenômeno, nos atos de “justiçamento”, de “fazer justiça com as

próprias mãos” – atos que, com certa frequência, os jornais noticiam. Em nosso país, por exemplo, os linchamentos são comuns e refletem o desejo de vingança pela sociedade, no sentido de satisfazer seus impulsos de violar certas leis básicas.

Podemos inferir daí que um adolescente, ao cometer um ato homicida, rompe com um pacto social fundamental e transforma-se ele próprio em tabu. Torna-se o indivíduo demonizado, que não pode ser tocado sob o risco de se espalhar e espelhar o mal. A vingança virá, sob o pretexto de se expiar o mal, mas terá como efeito a identificação do adolescente ao impuro, ou, como nos esclarece um dos casos, ao monstro, aquele que encarna em si o mal social e, por isso, deve ser mantido fora de qualquer possibilidade de laço. Esse adolescente tabu é considerado, pelo corpo social, um risco altíssimo, que deve ser mantido o mais distante possível, por lembrar à sociedade o que ela é capaz de fazer.

Respostas ao desamparo

Os casos de adolescentes homicidas que estudamos frequentemente nos apontam para uma marca de desamparo na infância, período em que se é dependente dos cuidados do Outro. Ver-se como sujeito não desejado parece trazer consequências importantes para a subjetividade e, nesse sentido, podemos pensar que o sujeito se constitui em resposta ao Outro, já que, inicialmente é dele dependente. Isso não pode ser confundido com uma construção que levaria à ideia de o sujeito ser vítima do amor ou desamparo do Outro, mas, pelo contrário, permite localizar como o sujeito irá responder e se estruturar, diante de sua relação com o Outro. Trata-se, portanto, de uma relação dialética que irá estabelecer as condições para duas operações fundamentais: a alienação ao Outro e a separação do Outro.

Inicialmente temos que a criança depende do Outro e sua posição implicará um consentimento com sua lei. Assim, a criança estará alienada subjetivamente ao desejo do Outro. A adolescência pode ser, então, a fase em que o sujeito se separa do Outro e, nessa operação, incorpora a lei do inconsciente. Percebemos aqui, como é delicada essa passagem na adolescência, em suas implicações com a lei. Se anteriormente estava submetido à lei do Outro, nessa fase o adolescente terá que lidar com sua lei. É curioso notar a existência no campo jurídico do termo “adolescentes em conflito com a lei” para designar aqueles que foram apreendidos por alguma infração. Ora, a psicanálise nos mostra que o adolescente, em alguma medida, sempre estará em conflito com a lei, já que pode ser nesse período que ele venha a lidar com a separação do Outro da lei para que possa operar a lei própria, do inconsciente¹⁶.

Toma grande importância a relação do sujeito que se constitui em resposta ao Outro, na medida em que, na prática clínica torna-se necessário proceder a essa investigação, e tentar localizar o lugar que o adolescente ocupa no desejo do Outro. Para Mesa e Muñoz (2012), “se o sentido da existência vem ao sujeito humano de sua posição em relação ao

desejo do Outro, o momento em que vacila para o sujeito a garantia do Outro, vacila, por sua vez o sentido para sua existência¹⁶ (tradução nossa). Assim, é possível questionar os efeitos que terá, para a constituição do sujeito, o fato de ter ocupado um lugar de resto, sujeito não desejado, no campo do Outro. Se seu desejo se constitui a partir disso, podemos pensar que o sentido de sua existência pode se encontrar abalado.

Os casos de adolescentes homicidas que acompanhamos nos mostram como o Outro com que o sujeito se depara na infância é descrito como insuficiente, sem amor, que abandona, odeia ou desconsidera. Alienar-se ao desejo desse Outro, encontrar aí um lugar de amparo e amor se apresentará, desde o início, de forma complicada – ou impossível. Os efeitos desse encontro alienante se refletirão no sentido da existência para esse sujeito abandonado – ou, mais provavelmente, na falta de sentido. É possível assim, inferir que a chegada da adolescência redobrará a questão com a existência. Afinal, diante da falta de um nome – ou da construção de uma nomeação precária – nessa fase de alienação ao Outro, quando for a ocasião da adolescência, o momento de separação trará uma segunda dificuldade, já que é nesse período da vida que o sujeito irá buscar, em seu desamparo, um novo nome. O que já se constitui como crise, será nesse caso uma crise duplicada já que os pontos de ancoragem do sujeito em relação à sua infância remetem ao abandono. Diante de uma crise redobrada, sem *pontos de onde se reconhecer* amado por um Outro, o adolescente irá manifestar, nos atos mais graves, a desconsideração por si e pelo Outro.

Se percebemos com maior facilidade essa desconsideração pelo Outro na gênese do ato homicida, é preciso também levar em conta a desconsideração por si implicada no homicídio. Assim, podemos observar em alguns casos, uma tendência suicida camuflada sob esse ato: diante da impossibilidade de dirigir para si a vontade de destruição, o sujeito dirige essa pulsão mortífera para o mundo externo.

Diante de questões tão complexas acerca do adolescente em situação de vulnerabilidade e com história de um ato homicida, acreditamos que a psicanálise seja uma ferramenta importante ao pensar em alternativas possíveis ao curto-circuito mortífero em que esses jovens se encontram. Não é nosso objetivo aqui aprofundar nos caminhos que a psicanálise nos aponta diante desses casos, mas consideramos importante destacar que sua posição, diante do criminoso, será apostar na responsabilização subjetiva como tentativa de uma retomada do laço social e nova entrada no discurso.

Desse modo, diante do adolescente com uma história de prática homicida, deixá-lo fora do discurso e da tomada da palavra consistirá em negar-lhe o direito fundamental de responder subjetivamente por seus atos. Assim, permanecerá fora da civilização, às voltas com seu circuito de morte, com os fins previsíveis. A importância da garantia desse direito está na dimensão ética em considerá-lo humano, possibilitando-lhe o acesso àquilo que é intrinsecamente humano: a palavra e a linguagem.

Referências

1. FREUD, S. (1930). *O mal-estar na civilização*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
2. CIA/BH - Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional. **Dados estatísticos 2014**. (on line). Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/ejef/noticias/cia-bh-divulga-balanco-de-2014.htm#.VxPkRWPiQmU>
3. WAISELFISZ, J.J. *Mapa da Violência 2014*. Os Jovens do Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos: Rio de Janeiro, 2014.
4. GUERRA, A; SOARES, C.A.N.; PINHEIRO, M.C.M; LIMA, N.L. *Violência urbana, criminalidade e tráfico de drogas: uma discussão psicanalítica acerca da adolescência*. In: Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 247-263, ago. 2012.
5. COUTO, L.F.D. *Quando o adolescente mata: uma perspectiva clínica*. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2016.
6. FREUD, S. (1926). *Inibições, sintomas e ansiedade*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
7. LACAN, J. (1948). *A agressividade em psicanálise*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
8. STEVENS, A. *Adolescência, sintoma da puberdade*. In Clínica do contemporâneo. Revista Curinga. Escola Brasileira de Psicanálise. Seção Minas, n. 20, 2004, p.27-39.
9. CUNHA, C.F. *A janela da escuta: relato de uma experiência clínica*. Belo Horizonte: Scriptum, 2014.
10. LACADÉE, P. *O despertar e o exílio*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2011.
11. MILLER, J-A. *Em direção à adolescência*. Intervenção de encerramento da 3a Jornada do Instituto da Criança. 2015. Disponível em: <http://minascomlacan.com.br/blog/em-direcao-a-adolescencia/em-direcao-a-adolescencia-vers-final-2/>
12. FREUD, S. (1913). *Totem e tabu*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
13. MILLER, J-A. *Nada é mais humano que o crime*. Intervenção realizada em uma mesa redonda em 29 de abril de 2008, no Anfiteatro da Faculdade de Direito de Buenos Aires. 2008.
14. MARTINS, J.S. *Linchamentos – a justiça popular no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2015.
15. GRECO, M. *Os espelhos de Lacan*. In: *Opção lacaniana online nova série*. Ano 2. Número 6. Novembro, 2011. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_6/Os_espelhos_de_Lacan.pdf. Acesso em 10 de maio de 2017.
16. MESA, C.C.; MUÑOZ, A. *El niño homicida: la estirpe de Caín. Unestudiopsicoanalítico*. Medellín: Universidad de Antioquia. Departamento de Psicoanálisis. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. 2012.
17. TENDLARZ, S.E. *A quem o assassino mata?: O serial Killer à luz da criminologia e da psicanálise*. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

Compreender para transformar: o sofrimento/adoecimento das(os) trabalhadoras(es) da subsecretaria de Assistência Social de Belo Horizonte

Lucinéa Almeida de Amorim

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Resumo

As novas formas de gestão do trabalho podem gerar ambiguidades em sua organização e exercerem profundas influências na vivência de sofrimento/adoecimento dos trabalhadores. Buscou-se identificar fatores desencadeantes de sofrimento/adoecimento nos espaços de trabalho do Sistema Único de Assistência Social do município de Belo Horizonte. A metodologia escolhida é de cunho qualitativo e a coleta de dados foi realizada por meio de dois grupos focais e da utilização de um diário de campo. O modelo de gestão adotado, devido às ambiguidades apresentadas, tem causado mal-estar no trabalho, desencadeando principalmente, danos à saúde mental dos servidores públicos. O adoecimento psíquico se revela preocupante, sendo necessário desenvolver ações interventivas coletivas que visem à transformação das condições e da organização do trabalho, bem como a implantação de uma Política Municipal de Saúde dos Servidores Públicos no município.

O mundo do trabalho passou por diversas transformações, mas não deixou de ocupar centralidade no desenvolvimento humano¹. Isso se reafirma porque o homem é o único ser que tem a capacidade de transformar a natureza e transformar a si mesmo². Essa afirmativa advinda da teoria marxista permeia diversos estudos que versam sobre a relação entre trabalho, subjetividade e saúde, nos quais se busca reconhecer o lugar dos trabalhadores/sujeitos na transformação da organização do trabalho.

Para Araújo³ o trabalhador raramente é considerado sujeito, pessoa de direitos e desejos, restando-lhe o lugar de sujeito/objeto de deveres. Ele não passa de “força de trabalho”, de “recurso humano”, sempre reificado, gerido como coisa, como qualquer outro instrumento ou máquina a serviço da produção, da acumulação ou do lucro.

Gaulejac⁴ identifica que, na ideologia gerencial, o indivíduo é visto como um recurso ao invés de sujeito. Esse autor afirma que o indivíduo é “instrumentalizado para serventia dos objetivos financeiros, operatórios, técnicas que o fazem perder o sentido de sua ação, que fazem perder até o sentido de sua existência” (GAULEJAC, 2011, p. 91). A subjetividade do trabalhador é aniquilada pelo “produtivismo”, perdendo o sentido da atividade. Assim, instaura-se um conflito interno entre o indivíduo/recurso, que se submete às exigências da empresa e do indivíduo/sujeito, que resiste à instrumentalização.

Desse modo, segundo Linhares⁵, a recusa da organização em dialogar com os trabalhadores impede a manifestação de autonomia, da capacidade destes de atuarem como agentes de transformação e inviabiliza também o sentimento de pertencimento e de estima social. Engendra, assim, um paradoxo que culmina numa pressão psicológica intensa sobre os trabalhadores.

Nesta perspectiva, Dejours⁶ destaca que a organização do trabalho produz sobre o homem ações específicas no seu campo psíquico em determinados contextos, surgindo um sofrimento que resulta do embate entre os desejos do sujeito que trabalha e de uma organização que produz sujeito/objeto. Esse conflito gera uma espécie de “estado de luta” dos trabalhadores contra as forças (ligadas à organização do trabalho) que os impelem à doença mental⁷.

Para abordar o conceito de sofrimento, Dejours⁶, apresenta o termo em duas perspectivas: a patológica e a criativa. A primeira demonstra que o trabalhador não consegue se reconhecer naquilo que faz, pois o formato da organização do trabalho não dispõe de espaços para que este possa imprimir a sua criatividade e os seus desejos. O autor considera que “quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre organização do trabalho e o desejo dos sujeitos”⁶ o sofrimento patogênico se manifesta. Para Dejours⁷ a energia pulsional que não é liberada no trabalho se concentra no aparelho psíquico, acarretando sentimento de desprazer e

tensão. Já o sofrimento criativo está relacionado a três dimensões, às quais a organização do trabalho deve oferecer espaço para o seu uso: a inteligência prática, o coletivo de trabalho e o reconhecimento.

O essencial neste estudo é identificar fatores que possam desencadear sofrimento/ adoecimento nos espaços de trabalho dos serviços socioassistenciais de Proteção e Atendimento Integral e Família (PAIF) e de Proteção e Atendimento Especializado à Família e ao Indivíduo (PAEFI) no contexto do Sistema Único de Assistência Social do município de Belo Horizonte.

Abordagem metodológica

A pesquisa, de natureza qualitativa, têm como fundamento a escuta e a fala. Estes são essenciais para desvelar sentimentos, afetos e angústias que o coletivo de servidores vivenciam no cotidiano de trabalho.

Foram selecionados os servidores efetivos, de nível superior-psicólogos e assistentes sociais - da SUASS que compõem a equipe de referência dos equipamentos CRAS e CREAS e executam os serviços socioassistenciais PAIF e PAEFI, nas proteções básica e especial (de média e alta complexidades). Esses dois serviços são expressivos nessa política pública, que atuam, respectivamente, na prevenção e no reparo à violação de direitos, reconhecidos nacionalmente por meio da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais⁸.

Foram organizados dois grupos focais (GF), um PAEFI e um PAIF, com o objetivo de privilegiar a interação e a abordagem coletiva na construção do saber⁹ e apreender “uma variedade de informações, sentimentos, experiências, representações de pequenos grupos acerca de uma temática”¹¹. Além dessa perspectiva, Minayo, considera o grupo focal é uma técnica importante para abordar questões da saúde sob a perspectiva do social, porque se presta ao “estudo de representações e relações dos diferenciados grupos profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população”¹². Associado a isso, a escolha por este instrumento de coleta de dados se apoia no fato de afirmar um espaço em que “os participantes possam se tornar uma parte ativa do desenvolvimento deste processo”⁹.

Após a indicação dos servidores pelos gestores, foi realizado contato telefônico para explicar a essência da pesquisa, bem como explicitar a autorização da SUASS e a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o número de registro CAAE: 01531118.1.0000.5149, de 07 de novembro de 2018. Solicitou-se aos participantes que previamente tomassem conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o assinassem, como forma de efetivarem sua participação na realização dos GF. Os GF foram gravados e posteriormente transcritos.

Utilizou-se, simultaneamente aos GF, a técnica de Diário de Campo, por esta possibilitar, em tempo real, a apreensão de atitudes, fatos e fenômenos percebidos no campo de pesquisa, conforme explicita Minayo¹².

Para a análise dos GF foi utilizado o método da análise temática de conteúdo proposto por Bardin¹³.

Resultados e discussão

Participaram dos 2 grupos focais 19 servidores. O GF do PAIF teve representatividade de todas regionais, sendo que, em duas regionais, houve duas indicações de servidores de CRAS distintos, o que resultou em um grupo composto por 11 servidores. No GF do PAEFI, por sua vez, duas regionais não tiveram participação, mas em uma das regionais foram indicados dois servidores, fazendo com que o grupo focal ficasse composto por 08 servidores.

As percepções dos servidores participantes sobre a determinação do processo saúde-doença foram agrupadas em 5 categorias de análise: sofrimento relacionado à atividade ou à sobrecarga de trabalho; sofrimento relacionado à solidão e à indeterminação no trabalho; sofrimento relacionado aos maus tratos e violência no trabalho; sofrimento ético-político e adoecimento mental.

Sufrimento relacionado à atividade ou à sobrecarga

Com relação à sobrecarga de trabalho, esta se encontra associada à carga física e mental em razão da redução do número de trabalhadores nos serviços e dos novos imperativos de desempenho e produtividade, advindos dos novos modos de gestão (gerencialismo). Apesar da redução da carga horária para 30 horas semanais, observa-se a existência de sofrimento relacionado à sobrecarga e intensificação de trabalho, resultante do não equacionamento das atividades com a carga horária atual:

E em relação às 06 horas, eu acho que eu fui uma das pessoas que mais insiste com a equipe em dizer: “olha se, trabalhamos hoje 80%, 80? 80% do tempo, né que antes era 8, pouco mais, menos de 80, nós precisamos... se a nossa carga horária houve redução, nós precisamos reduzir também o número de atendimentos, o trabalho que a gente realiza, porque senão não vai fazer sentido. Se você quer trabalhar 08 horas, né, dentro de 06, a gente vai trabalhar mais do que esteve trabalhando 08 horas, né?! (Grupo PAIF).

Nas normativas do SUAS consta que no âmbito do PAIF deve-se desenvolver ações como busca ativa, atendimentos à demanda espontânea, acompanhamentos, dentre

outras, o que pode gerar excesso de trabalho. Os servidores relatam que não conseguem executar o que é planejado, ainda que haja dias que pareçam ser mais amenos.

E o trabalho, trabalho é bem assim ... Não é um trabalho igual... Cada dia é uma diferente porque você se organiza, planeja, mas no dia-a-dia muitas coisas vão acontecendo, alguns atravessamentos. Quando você vê, aquilo que você pensou, né as vezes não acontece. E tem dia que está super tranquilo. Você fica até: nossa cadê o povo, no outro dia você não dá conta da demanda. É bem dinâmico mesmo. (Grupo PAIF)

No PAEFI observa-se que a quantidade de casos a serem acompanhados pode afetar a saúde do trabalhador. Foi observado pelos servidores que as demandas encaminhadas pelo Conselho Tutelar, são geralmente volumosas. Com a transição de mandatos, reduz o número de encaminhamentos, isso porque os novos conselheiros tutelares tem um período de se apropriarem do trabalho. Com a redução de casos encaminhados para o PAEFI foi possível então, uma identificação pelos servidores que havia uma sobrecarga de trabalho, impactando na relação entre trabalho e saúde.

É quando teve a alteração do Conselho Tutelar, né, há dois anos atrás, acho, aí a gente teve uma mudança um pouco dessa realidade, até o Conselho se organizar. Aí teve uma queda muito grande de encaminhamento, então foi quando a gente respirou... Quando a gente começou a perceber que o número de casos é que impacta diretamente no trabalho, não que extingue o adoecimento, mas ele contribui. Deu para ver que é diretamente proporcional (Grupo PAEFI).

No que se refere ao cargo de coordenação dos equipamentos CRAS e CREAS, se percebe que este é de grande importância para a SUASS. O olhar para a função de coordenação nos CRAS demonstra relevância no desenvolvimento das ações do PAIF. Entretanto, devido às inúmeras atribuições definidas para o cargo, conforme descrito no Caderno de Orientações Técnicas do CRAS¹⁴ há uma sobrecarga psíquica de trabalho, considerando principalmente o esforço de conciliação de interesses de vários atores desta política pública, atividade não recompensada financeiramente de forma proporcional, conforme a fala abaixo:

Só para dizer que é uma das posições mais difíceis do SUAS em Belo Horizonte é a posição de coordenador. O sujeito tem que conciliar os interesses dele, os interesses da equipe, os interesses da comunidade, os interesses do governo e mediar tudo isso, ganhando um pouco mais que a gente. Que se você pensar no ponto de vista da hora técnica do salário dá a mesma coisa (Grupo PAIF).

Sofrimento relacionado à solidão e à indeterminação no trabalho

O sofrimento relacionado à solidão no mundo do trabalho, para Bendassolli e

Soboll¹⁵, ocorre em função “da fragilização dos ofícios enquanto coletividades articuladas em torno de regras e normas, atividades e identidades comuns. Evidências nesse sentido são as modalidades de gestão de recursos humanos, centradas na segmentação coletiva e na individualização.” Desse modo, a solidão emerge no cotidiano dos servidores desta organização por meio da falta de servidores, dificultando a troca de saberes para o desenvolvimento da atividade, acarretando inclusive uma sobrecarga de trabalho, deixando o “trabalho tão pesado”:

Eu trabalho sozinha de manhã. Eu não tenho com quem dividir nenhuma das minhas frentes, né?! Nenhum atendimento mais pesado eu não tenho com quem dizer assim: Ajuda aqui! O que eu faço nesse caso? E isso é que deixa o trabalho tão pesado. É a falta de uma equipe (Grupo PAIF).

Cabe destacar que está prevista na NOB/RH¹⁶ a presença de equipes de referência interdisciplinares, previsão esta ratificada em 2011 pela Resolução nº 17 do Conselho Nacional de Assistência Social¹⁷. A relevância dessa medida está no entendimento de que equipes interdisciplinares com os diferentes saberes e olhares sobre uma dada realidade permitem a construção de novas possibilidades de intervenção¹⁸.

A solidão no trabalho também suscita nos trabalhadores a dificuldade em se reconhecerem nas atividades que são executadas, pois as que são essenciais para o desenvolvimento da política não acontecem efetivamente, devido à falta de equipe. Ante a essa constatação resta o “tarefismo”, acarretando a indeterminação da atividade, conforme expressado abaixo:

A gente precisa organizar o nosso trabalho e brigar para que tenha uma equipe completa para que a gente dê conta do que está posto, né?! Porque a gente não dá conta de executar o nosso trabalho, a gente fica num “tarefismo”, respondendo ofício, respondendo solicitação de visita, respondendo demanda que chega e as famílias que são nossas, que a gente precisa de dar um acompanhamento, elas vão ficando sempre para depois. Porque a gente fica “enxugando gelo” e “apagando incêndio”, né, atendendo demanda. (Grupo PAIF).

Para ampliar a discussão, pode-se observar a impregnação da ideologia gerencial quanto à relação entre sofrimento e solidão, a partir de discursos do setor de Recursos Humanos, com orientações que “mobilize [m] as subjetividades para a realização de um ideal de indivíduo adequado às novas exigências da nova ordem econômica, ou seja: autônomo, polivalente, criativo, que assuma responsabilidades e arque com os riscos”¹⁹. Isso pode ser observado nas colocações dos servidores, como a seguir:

Tem um outro termo que já escutei que é carreira solo do técnico[...] Porque pro bem ou pro mal é o técnico que é responsabilizado, né?! Se o caso encaminhou, foi um sucesso: parabéns, ótimo. Mas, se

não foi, você que não teve criatividade, você que não se dedicou, né, o suficiente [...] (Grupo PAEFI).

Houve um momento no SUAS de BH, especificamente na Proteção Social Especial, que foi criado um dispositivo denominado de supervisão de casos que cumpria um papel importante na oferta ao suporte aos servidores atuantes no provimento, de maneira continuada. Era um espaço que cumpria, de certa forma, essa lacuna da solidão, pois possibilitava a escuta e tratava do que se vivencia em relação aos desafios do cotidiano real do trabalho. Esse dispositivo foi extinto pela gestão por considerá-lo ineficaz em relação aos preceitos apregoados em 2013 pela Política Nacional de Educação Permanente²⁰ e pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social nº 06²¹, de 2016, que estabelecem parâmetros para a supervisão técnica no âmbito do SUAS. Porém, até o momento não houve outro dispositivo que cumprisse a função semelhante para os trabalhadores, como a denominada supervisão de casos. Assim, é possível verificar na fala a seguir que esse fator fragiliza a formação de uma identidade comum de um coletivo de trabalho:

E aí alguns dispositivos que a gente tinha, igual a supervisão: uns usavam mais, outros menos, mas não deixava de ser um suporte. Isso também não serve, mas também não tem outro tipo de retaguarda, né?! Então assim, você fica... é um lugar muito solitário. Você recebe o caso e aí você constrói da maneira que você entende, pela sua trajetória, pelo seu modo, pela sua formação, né?! Você não tem muito, assim ... Não tem uma orientação, né, como seguir, né, o momento do caso, né. Então, assim, você fica muito sozinho (Grupo PAEFI).

Em relação à indeterminação no trabalho entende-se a dificuldade dos trabalhadores em compreender os meios e os fins de suas atividades, o que dificulta o processo de apropriação subjetiva da atividade¹⁵. A indeterminação no trabalho foi verbalizada pelos servidores, de forma a denotar uma possível causa de sofrimento. Aparentemente no PAIF as atividades burocráticas impedem o servidor de reconhecer o produto final do trabalho, como expressa a colocação abaixo:

Esse é um ponto, aí dentro disso, falando meu CRAS, do meu mundo lá, a primeira coisa que me chamou atenção é ... foi o nível de atendimento, assim ... Ah... que eu chamo de burocrático, assim, tipo... Documentação civil, veio... O primeiro mês tomei um... Fiquei enlouquecido com aquilo... Bater carimbo o dia todo. Era bater carimbo o dia todo...Tipo...Não tem uma conexão com a Assistência Social, com aquele cidadão que vai ali pedir a identidade. Só o carimbo... Então isso me impactou muito. Essa demanda continua alta, há promessa que ela vai sair, né?! Eu fico pensando, quando ela sair, beleza. Pô vai ser interessante porque aí eu vou começar a ver o que o CRAS faz. Fora bater carimbo, os outros atendimentos eu ainda não entendi direito, honestamente. Eu sou muito franco, eu ainda não entendi o que o CRAS faz (Grupo PAIF).

Sofrimento relacionado aos maus tratos e à violência no trabalho

Esse sofrimento diz respeito aos maus tratos e à violência no trabalho, aos quais os trabalhadores estão expostos, devido à prática abusiva do poder pela organização do trabalho. Assim,

O sofrimento psíquico surge quando, nessas circunstâncias, os indivíduos são entregues a si próprios e a seus (únicos) recursos pessoais, pois a falta de mediação coletiva permite que o trabalho se transforme num campo de afrontamento no qual, serializados, os indivíduos lutam em situações de grande assimetria de poder com a organização. Dessa forma, encontramos focos de sofrimento nos diversos processos de rupturas das trajetórias profissionais, como em situações de desemprego, mas também nas transições patrocinadas por uma dinâmica organizacional acelerada e aparentemente indiferente aos impactos das mudanças sobre as biografias profissionais¹¹.

Na fala a seguir pode-se inferir o sofrimento vivenciado pelo servidor devido ao comportamento autoritário da coordenadora do CRAS, criando ambiente em que provocava desestabilização psíquica e física nos servidores. Esse exemplo aponta uma provável falha relativa ao manejo da gestão de pessoas:

A coordenação mexe muito com CRAS X, se chegar lá para fazer um estudo de processo de coordenação do CRAS X, a gente vai passar uma semana dizendo para você às diferenças que a gente teve em relação a cada coordenação e o impacto dessas diferenças tanto quanto do ponto de vista produtivo para o trabalho tanto quanto do ponto de vista de organicidade das equipes [...]. A gente tinha situações de reuniões de equipe no CRAS X, em alguns momentos que eu ficava com medo de ir para as vias de fato: hoje vai ter porrada aqui, vai voar caneta, caderno... Eu ficava assim ... de a gente sair, chegar para a reunião de equipe. Whatsapp no domingo à noite: gente tô passando mal, tô com diarreia, com medo da coordenadora: “Quem manda aqui sou eu”, sabe? A gente teve situações como essas (Grupo PAIF).

Outro ponto que merece destaque refere-se ao servidor que, por razões relacionadas ao adoecimento ou ao conflito interpessoal, dentre outras, é acompanhado pelo “sociofuncional”, onde lhe é indicada uma readaptação funcional. Esse servidor, ao passar por esse processo, costuma ser rotulado como “problemático”. Viera e Lima²² sinalizam que nessas experiências dramáticas há dificuldade da chefia e colegas em lidar com os readaptados, colocando o servidor em uma situação vexatória e estigmatizadora, o que pode potencializar seu adoecimento:

Uma coisa que acho assim: reforçar o adoecimento [...] Quando um colega nosso, por algum adoecimento, vai para o sociofuncional, muitas vezes ele consegue sair do local de trabalho pelo sociofuncional,

e ele, eu acho que ele é revitimizando. Porque na hora que ele chega no outro local, já chega dizendo assim, o gestor: “essa aí está vindo do sociofuncional”. É um preconceito, porque, assim: com esse não pode brigar, para esse não pode pedir determinadas coisas. Então, assim, ele já saiu por um adoecimento e chega num lugar ele... Não tem cuidado nessa passagem. Ele chega num lugar e é dito assim: está vindo do sociofuncional, quer dizer assim, é problema. Problema é ele, problema é ele que fez alguma coisa. Então eu acho que é ponto que precisa cuidar, para não... o adoecimento continuar (Grupo PAIF).

Situações como essa endossam o resultado da pesquisa realizada por Guimarães²³ sobre violência no SUAS, que considera que este problema relacionado ao trabalho pode envolver fatores biológicos, químicos e físicos, mas também os de natureza psicossocial.

Sofrimento ético-político

Nardi²⁴ compreende a ética no trabalho a partir de três aspectos: norma, identificação e prática reflexiva.

O primeiro refere-se à ética do trabalho como o código normativo que age como dispositivo disciplinatório e de sujeição da força do trabalho; o segundo refere-se à ética do trabalho como processo identificatório que está relacionado ao reconhecimento social do trabalhador como cidadão; e o terceiro refere-se às possibilidades colocadas pelo código normativo associado ao trabalho que baliza a ética como prática reflexiva da liberdade e que serve de parâmetro para comparação entre regimes de verdade que restringem ou permitem uma maior liberdade nas decisões dos trabalhadores quanto ao próprio destino²⁴.

Podemos observar nos discursos abaixo a presença de uma ética voltada para a prática reflexiva, que baliza o trabalho do servidor frente às decisões a serem tomadas:

A gente não tem nenhum parâmetro técnico. Não tem parâmetro que é bom trabalhador e ruim. Para fazer um bom trabalho é duro. Não existe bom trabalho aqui, não. Porque, o que é meu papel? O que é um bom trabalho? Então minha única orientação é ética, não tem técnica (Grupo PAEFI).

Para além de uma prática reflexiva podemos notar que o sofrimento ético também perpassa a indignação do trabalhador. Desse modo, Mendes e Araújo²⁵ destacam que o sofrimento ético é a possibilidade de o indivíduo se indignar e ter uma mobilização subjetiva através do sofrimento criativo, direcionado para a ação, que é fundamentalmente política, promovendo emancipação individual e transformações pela ação coletiva nos espaços de trabalho. O discurso abaixo descreve a indignação do servidor perante a situação vivida pela usuária devido à desproteção e à omissão do Estado perante a situação vivida pela família:

E na hora que o colega falou lembrei muito desse caso, que é um caso que está lá já muito tempo. É uma família monoparental, uma mãe negra que tem que cuidar das filhas, crianças, e da idosa. E chove denuncia todo dia, denuncia chegando, chegando... ai da última vez eu peguei as denúncias e li com ela. Já fiz tanto relatório desse caso falando que ela é uma mulher... porque é assim: se ela trabalha, está abandonando a idosa e as filhas. Se ela não trabalha ela não está sustentando a família. Várias reuniões que eu disse: decidem o que vocês querem com essa usuária. Sabe, porque não tem escolaridade, a gente não tem para onde encaminhar, né. O que é que vamos fazer. E aí vocês querem penalizar por causa da idosa, por causa das meninas? Realmente, vai ter violação mesmo, ela não dá conta mesmo. E o que a gente dá de suporte para essa mulher? Nada. É só mão apontando, só cobra [...]. E eu vou defender ela o quanto eu puder. Vou fazer o mesmo relatório, claro que com ênfase no idoso e na criança, mas nessa defesa. Então vocês ajudam, vocês dão alguma perspectiva para essa família. Porque esse cenário... vai ficar eternamente no PAEFI? (Grupo PAEFI)

Adoecimento Mental

Podemos verificar situações em que o servidor está exposto a situações que acarretam adoecimento mental. Uma delas, exposta pelos trabalhadores, tem relação com as formas de violência do território e que podem gerar sofrimento/adoecimento (como por exemplo, a “guerra” do tráfico). O discurso a seguir indica o adoecimento mental de uma servidora que, ao ser vítima desse tipo de violência, passou a fazer uso de medicamento e foi licenciada por motivo de saúde. Além disso, detecta-se na fala da mesma a falta de amparo ao servidor em situações de violência no território:

BH vai à frente de muitas questões de atenção às crianças vítimas de violência, idoso de vítima de violência... E o técnico, vítima de violência? O trabalhador? [...]. Na sexta-feira fui ao psiquiatra, contei para ele o que estava sentindo, fui num péssimo psiquiatra, mas foi o que tinha na mão naquele momento. Ele me passou um antidepressivo, falou assim: “você precisa tomar um antidepressivo, porque os sintomas que você está com ele, são sintomas que podem agravar, entrar em situação de um pânico, dar um ‘piripaco’ geral. No momento, então você precisa ser medicada”. É e aí fiquei dez dias afastada, comecei a fazer o uso da medicação. Hoje eu aqui, aí eu... quando você começou a falar do seu relato, meu coração já começou a acelerar. Talvez não seja o momento certo de fazer, finalizar o uso do remédio. Nunca tinha tomado antidepressivo na vida, mas os sintomas físicos da ansiedade, que é frio na barriga, coração acelerando... É eu tô com ele. Hoje na verdade aqui que acabou que foi gerado um pouco mais. Estou percebendo que ainda não tô bem. Porque é muito cabuloso, gente, porque eu nunca tinha vivenciado uma situação de saúde mental, sofrimento psíquico [...]. (Grupo PAIF).

No momento dessa fala foi registrada a seguinte anotação no diário de campo: durante o relato da servidora foi possível perceber a escuta atenta dos demais participantes e empatia pelo vivido, bem como se detectou certa ansiedade e angústia da servidora ao reviver a cena da violência.

No relato seguinte observa-se uma relação entre adoecimento e o modo de organização de trabalho vivida pelo servidor ao ser inserido na SUASS. Isso porque foram repassados um quantitativo de 18 (dezoito) casos para o servidor sem nenhuma informação prévia para subsidiá-lo na conduta técnica. Ao se deparar com tal situação, o adoecimento emergiu logo nos dois primeiros meses de trabalho na Assistência Social, causando-lhe impactos psíquicos e físicos, assim como interferindo na vida pessoal. Anteriormente à sua inserção na política pública de Assistência Social, por meio de concurso público, encontrava-se aparentemente bem mentalmente, pois já havia recebido alta de sua análise. Desse modo, ficam evidenciados os riscos psicossociais aos quais o servidor esteve exposto, com potencial de lhe acarretar adoecimento:

Na minha situação, tinha... Cheguei em 2013 com alta da análise. Eu preparei para clínica, formei em 2010. Em 2013 ela falou: "você não precisa mais". Em dois, três meses tive insônia de não dormir. Insônia tão grave que se você fica uma noite inteira sem dormir, tá um "bagaço". Na segunda noite tem sintomas físicos. Não funciona... Eu comecei a ir no psiquiatra. Logo 2, 3 meses. Nunca peguei 18 casos de uma vez sem nenhum histórico, para se virar com os dezoito. Para responder ao Ministério os 18, sem nada no SIGPS. [...] E aí voltei a ter insônia, comecei a ter insônia, nunca tinha tido. Voltei para análise, para o psiquiatra e aí essas coisas que estou dizendo, foi depois de anos e anos. Agora não estou mais. Nenhum dos dois [...]. Porque tive insônia muito, muito grave de atrapalhar a minha saúde física. (Grupo PAEFI).

No discurso seguinte o adoecimento relacionado ao trabalho é atribuído principalmente às relações conflitivas com os gestores e não ao usuário ou às condições materiais deficientes no trabalho:

[...] Aí você vem de um processo de adoecimento e vai levando umas pancadas. Quando começa a curar umas feridinhas, o adoecimento, por conta, decorrência, não é pelo fato do trabalho que faço com usuário não. Apesar de tudo que falta. Não é o usuário que me adoce, não. O que me adoce são as relações do trabalho. As relações com a coordenação, relações com gestores toda, com a "ingestão" e quando você chega para falar em todos os espaços, todo mundo começa a falar, o povo olha para você com cara ruim e aí as pessoas vão se revezando, porquê? (Grupo PAEFI).

Compreender as causas do sofrimento/adoecimento a partir das condições e as formas de organização do trabalho requer incluir no debate o olhar para além da dimensão

orgânica e individualizada. Muitas vezes, as intervenções focalizadas apenas no servidor podem produzir, de certa forma, a “invisibilidade do trabalho real”. Isso porque Lhuillier²⁶ compreende que isso ocorre devido à “negação das origens, dos processos de sofrimento e dos riscos do trabalho”, o que contribui para o agravamento do sofrimento psíquico. Observa-se a seguir, na inferência do médico, a contribuição deste profissional para essa invisibilidade, ao afirmar que “se você não sentir bem, você volta no médico, pega outro atestado e assim vai”. A demanda se apresentava para mudanças reais no trabalho, já que o servidor não tinha interesse em se transferir do equipamento:

Passei pela perícia da prefeitura. Durante a perícia, me é... O médico só analisou o atestado. Fui contar para ele a situação, que eu tinha alguma expectativa que, na hora que eu dissesse pro médico que aconteceu, que eu estava ali, tomando uma medicação com um atestado de 10 dias em função de um ocorrido no meu trabalho que alguma coisa pudesse ser feita via fluxo da prefeitura. Engano total; completamente. Não houve nada. Falei com ele, perguntei: doutor, não tem... “Aqui vou dar ok no seu atestado, então acabou. Você vai voltar a trabalhar quando seu atestado tiver encerrado. Se você não sentir bem você volta no médico, pega outro atestado e assim vai”. Aí eu questionei para ele: olha, eu acho que está me contando, e aí, estou te falando, né?! “Não, não como um protocolo da minha entrevista com você, mas, uma opinião pessoal, eu cuido do acompanhamento sociofuncional para você dizer disso, que isso começou agora, porque quando você quiser sair dela, você já tem um histórico”. Aí falei assim: ora bolas, a minha intenção não é sair do CRAS, né?! (Grupo PAIF).

Considerações finais

Esse estudo buscou analisar a relação entre trabalho e sofrimento/adoecimento mental no contexto do SUAS no município de Belo Horizonte a partir da percepção de seus trabalhadores. Os dados empíricos apontaram que o servidor percebe que está num trabalho degradado pelas condições e o modo de organização do SUAS. As condições de trabalho oferecidas aos servidores, na percepção dos mesmos parecem dificultar a realização de um trabalho bem feito e geram um posicionamento ético-político. Isso comprometeria principalmente as seguranças afiançadas, que são premissas na busca pela equidade e pela justiça social.

Segundo os relatos, o modelo de organização e gestão adotado tem causado mal-estar no trabalho, desencadeando danos à saúde mental dos servidores e manifestando-se por meio de certos quadros de: ansiedade, insatisfação, angústia, chateação, frustração, solidão, indignidade, inutilidade, desvalorização e desgaste. A expressão dessa contradição na organização tem limitado a capacidade reflexiva e criativa dos servidores, sendo gerenciado pela ênfase no fazer instrumental, nos resultados, no desempenho individual diante de coletivos fragilizados, sobretudo esvaziando-se dele o sentido.

Cabe ressaltar que o adoecimento mental relatado é atribuído a diversos motivos, tais como: vivências de violência estrutural, falta de organização do trabalho, e desgaste nas relações de trabalho. As percepções dos trabalhadores expressas neste estudo são um convite inadiável a se aprofundar as questões levantadas e à busca de ações que visem dar visibilidade ao trabalho real, evitando intervenções rasas, paliativas e restritas à via medicamentosa. Os conflitos gerenciais ficaram muito evidenciados nas narrativas dos trabalhadores.

Diante da gravidade dos fatos relatados seria fundamental que a Gestão do Trabalho do SUAS promovesse espaços coletivos que estimulassem a participação, a intervenção e a negociação com os trabalhadores para a melhoria das condições e do ambiente de trabalho. Um outro ambiente de trabalho é possível de modo a se construir uma atividade mais significativa para o servidor, para a organização e para o público do SUAS.

Referências

1. ANTUNES, Ricardo. Algumas teses sobre o presente (e o futuro) do trabalho. In: DOWBOR, Ladislau et al. (org). **Desafios do Trabalho**. Petrópolis: Vozes, p.38-46, 2004.
2. MARX, K. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.
3. ARAÚJO; José Newton Garcia de. Entre servidão e sedução do trabalhador: uma secular insistência do capital. In: Mendes, Ana Magnólia (Org.). **Trabalho e Saúde: O sujeito entre servidão e emancipação**. Curitiba: Juruá, p. 54-68, 2011.
4. GAULEJAC. Vicent. A NGP: a Nova Gestão Paradoxal. In: BENDASSOLLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andrea Pereira. (Org.). **Clínicas do Trabalho: Novas Perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. Editora Atlas S.A, São Paulo, p. 84-98, 2011.
5. LINHARES, Antônio Roziano Ponte. **Um diálogo entre a Modernidade Líquida, o gerencialismo e a teoria do reconhecimento no mundo do trabalho**. Revista Eletrônica Gestão & Sociedade. Vol. 8. N.21. p 715-734. 2014. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1872>> Acesso em: Fev. 2019.
6. DEJOURS, Christophe. **A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Trad. Ana Isabel Paraguay e Lucia Leal. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.
7. DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
8. Conselho Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais** (Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009). Brasília, MDS: 2009.
9. KITZINGER, Jenny. Grupos Focais. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 33-43, 2005.
10. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para prática de Psicólogos (as) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social**. Brasília: CPF, 2013.
11. KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v. 10, n 15, p. 124-136, jun. 2004.
12. MINAYO, Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

13. BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2007.
14. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas do Centro de Referência de Assistência Social**. 1 edição. Brasília, 2009.
15. BENDASSOLLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andrea Pereira. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: BENDASSOLLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andrea Pereira. (Org.). **Clínicas do Trabalho: Novas Perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. Editora Atlas S.A, São Paulo, p. 03-21, 2011.
16. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos NOB-RH/SUAS**. Brasília, DF, 2006.
17. **Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011**. Ratifica a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS e Reconhecer as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Diário Oficial da União – DOM. Conselho Nacional da Assistência Social (CNAS). **Brasília, 2011. Disponível em:** <www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2016/cnas>Acesso em: 18 de set. de 2017.
18. RIZZOTI, Maria Luiza Amaral. A ética como princípio das equipes de referência no SUAS: concepção e o desafio da interdisciplinaridade. In. CRUS, José Ferreira; ALBUQUERQUE, Simone Aparecida. (org.) **Gestão do Trabalho e Educação Permanente**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. 1ª edição. Brasília, p.49-64, 2014.
19. MORAES, Maria Regina Cariello. Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Resenha. **Revista Brasileira de saúde ocupacional**. São Paulo, 37 p. 287-289, 2012.
20. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Educação Permanente do SUAS**. Brasília: MDS, 2013.
21. Resolução CNAS nº 6, de 13 de abril de 2016. **Estabelece parâmetros para a Supervisão Técnica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente do SUAS – PNEP/SUAS**. Brasília, 2016. **Disponível em:** <<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2016/resolucoes-2016>>Acesso em: 14 de abr. de 2019.
22. VIERA, Rosemary Carrusca; LIMA, Francisco de Paula Antunes. Readaptação Funcional na Administração Pública Municipal. In: **Psicologia do Trabalho e das Organizações: encontros, olhares e desafios**. Org. João César de Freitas Fonseca, Mara Marçal Sales, Carlos Eduardo Carrusca Viera. Editora CRV. 1 ed. Curitiba, PR, p 233-256, 2014.
23. GUIMARÃES, Ana Paula Dias. **Violência relacionada ao trabalhador e a apropriação da saúde psíquica do trabalhador no Sistema único de Assistência Social**. Universalidade Federal de Minas Gerais, 2018.
24. NARDI, Henrique C. Ética, Trabalho e Subjetividade: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo. Porto Alegre. Editora da UFRGS. 2006.
25. MENDES, Ana Magnólia. ARAUJO, Luciane Kozicz Reis. Violência e Sofrimento Ético: contribuições da psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, A. M.(org) **Violência no trabalho: perspectiva da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica**. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, p. 91-108, 2010.
26. LHUILIER, Dominique. A Invisibilidade do Trabalho Real e a Opacidade das Relações Saúde-Trabalho. **Trabalho & Educação**. Belo Horizonte. v. 21, n.1, p. 13-38, jan./abr. 2012.

A relação profissional - usuário na atenção primária à saúde em Belo Horizonte: um estudo de caso sobre a violência nas unidades básicas de saúde

Tatiane Caetano
Antônio Leite Alves Radicchi
Luana Aparecida Moreira
Soraya Almeida Belisário

Resumo

Este trabalho objetivou estudar a violência sofrida pelos profissionais da APS no processo de interação com o usuário. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, que utilizou a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados. Foram entrevistados os profissionais das equipes de saúde da família de três centros de saúde inseridos em diferentes áreas de risco social e sanitário e integrantes de um distrito sanitário de Belo Horizonte. Os resultados apontaram que os profissionais estavam expostos a situações de violência advindas do usuário, sendo a verbal a mais comum; que a relação profissional-usuário se manifesta de formas distintas; pouco absentismo em decorrência da violência; que os trabalhadores apresentam sentimentos variados em relação à violência sofrida, bem como diferentes formas de com ela lidar.

Palavras-chave: *Violência. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Trabalhador.*

Introdução

A violência é um fenômeno histórico que encerra eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, os quais, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos de violência institucionalizada.¹

A violência, apesar de ter conceito amplo, complexo, polissêmico e controverso, pode ser genericamente entendida como o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos ou morais a si próprios ou a outros.² Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS),

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...).^{3 p. 5}

A Organização Mundial da Saúde⁴ classifica a violência em três categorias: violência autoprovocada; violência interpessoal, subdividida em intrafamiliar e comunitária e violência coletiva, subdividida em social, política e econômica. Quanto à natureza dos atos, a violência foi classificada como abusos, subdivididos em físico, psicológico e sexual, e maus tratos, subdivididos em negligência e privação de cuidados.^{4 5}

No que tange aos trabalhadores da saúde, segundo Kingma⁶, eles são os maiores alvos ou vítimas de violência no local de trabalho e enfrentam um risco que é 16 vezes maior de sofrer algum tipo de violência, que profissionais de outras áreas. A OIT⁷ aponta vários fatores que podem contribuir para a ocorrência da violência no trabalho em saúde, quais sejam, a precariedade da infraestrutura dos estabelecimentos, caracterizados por ambientes desconfortáveis, com ausência de insumos adequados e superlotação para o atendimento; a privação dos direitos trabalhistas e previdenciários; as características individuais dos trabalhadores, como seu nível de escolaridade, a função que exercem, o tempo de serviço, as dificuldades que apresentam para relacionar-se com a equipe de trabalho, dentre outros.

Acredita-se que os trabalhadores da saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), em especial no Programa de Saúde da Família (PSF), também estão sujeitos a sofrer situações de violência em seu cotidiano de trabalho. Por ser a APS a porta de entrada do sistema de saúde, ela atende todo tipo de demanda advinda de diferentes estratos sociais, além de lidar com clientela diversificada, composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, usuários de drogas, entre outros. Associe-se a isso, o fato de os serviços estarem preferencialmente localizados em áreas de maior vulnerabilidade e risco social.

Em consonância com as diretrizes nacionais o município de Belo Horizonte (BH), também adotou a APS como porta de entrada do sistema e a Saúde da Família como a estratégia de reorganização da atenção básica. Em Belo Horizonte a rede básica de

saúde é composta por 147 centros de saúde (CS), distribuídos nos nove Distritos Sanitários que funcionam como unidades administrativas regionalizadas com autonomia própria e vinculadas à prefeitura, a saber: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Cada regional tem um conjunto de Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas a suas respectivas áreas de abrangência. Atualmente essa rede conta com 587 equipes de PSF.

Para alguns autores, o conjunto de fatores que caracterizam o trabalho no PSF, se por um lado, aproxima as relações entre profissionais de saúde e usuários do SUS, por outro, podem influenciar na ocorrência de violências no trabalho das equipes de SF.^{8 9 10}

Para Lancman,

Essas violências ficam acentuadas em serviços como PSF, que, na sua implantação, privilegiou áreas de maior risco social, criou estratégias que prevêm um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida e atendimentos, normalmente, em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários, fatores que aumentam a vulnerabilidade do trabalhador. Assim, regiões de maior risco social são também aquelas que geram intensificação da violência.⁸

Concorda-se com Rios¹¹, na afirmação de que, na área da Saúde, o trabalho é quase uma missão, cercada de muitas exigências, as quais se manifestam na forma como o trabalho é desenvolvido – reflexivo, técnico, ético, realizado em diferentes cenários e com interação entre vários atores. Associe-se a isso, o fato de se trabalhar num campo temático mais denso da experiência humana: a vida, o corpo, a morte. Portanto, esse panorama amplo e complexo pode propiciar a ocorrência de situações de violência entre os atores envolvidos, em especial dos usuários, contra os trabalhadores de saúde.

Método

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória, do tipo estudo de caso, cujos dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada. O estudo de campo foi realizado no Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte, no período compreendido entre março a maio de 2015. Para a realização das entrevistas foram intencionalmente selecionadas 03 UBS com características distintas de vulnerabilidade de risco social, quais sejam: CS 1 (unidade de baixo risco de vulnerabilidade social); CS 2 (unidade de médio risco de vulnerabilidade social) e CS 3 (unidade de alto risco de vulnerabilidade social).

A população do respectivo estudo foi constituída por 22 trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, lotados em Equipes de Saúde da Família, a saber: Médico, Enfermeiro, Auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para a escolha desses profissionais, foi realizado um sorteio pela própria pesquisadora, na presença do gerente de cada UBS, para a definição de quais equipes seriam as selecionadas para participar

da pesquisa. Utilizou-se a saturação das falas como critério para definir o número de entrevistas. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. A discussão dos dados produzidos foi realizada por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, objetivando descobrir os núcleos de sentido da comunicação, a fim de revelar os valores presentes nos discursos. Foram estabelecidas as seguintes categorias de análises: percepção do trabalho na Saúde da Família; relação profissional- usuário na APS; violência por parte do usuário; sentimento em relação à situação vivenciada e formas de lidar com a violência.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer 01140812.1.0000.5149 e pelo COEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob o parecer 01140812.1.3001.5140.

Relação profissional-usuário na aps

A maioria dos entrevistados relatou ter boa relação com os usuários, demonstrando a existência de vínculo, mesmo em áreas de maior vulnerabilidade social.

A minha relação com os usuários eu defino como ótima, em alguns casos, excelente. (M1)

Hoje eu tenho uma relação de vínculo com os usuários, eu conheço bastante as famílias, me dou bem dentro do profissional... É uma relação boa, tranquila. (ACS6)

Para Gomes e Sá¹² “o conceito de vínculo assume uma interface com outros grandes conceitos em saúde pública, como o da humanização, do acolhimento, da responsabilização e da integralidade”. Nesse sentido, essas relações se estabelecem com ênfase na confiança, na cooperação e na interdependência. No estudo realizado por Ilha et al¹³, com a finalidade de identificar o que é necessário para estabelecer o vínculo profissional-usuário, os usuários, em sua maioria, relataram que, para que o mesmo se estabeleça, é importante que o profissional reconheça a realidade singular e subjetiva de cada indivíduo e família, levando em consideração suas histórias, dificuldades, problemas, expectativas e sonhos.

Por outro lado, três entrevistados relataram dificuldades de relacionamento com alguns usuários. Um deles apontou a baixa escolaridade e a situação de extrema vulnerabilidade dos mesmos como as prováveis causas das dificuldades.

A minha área é um pouquinho complicada, tem muitas pessoas ignorantes [...] quando não tem atendimento no posto corretamente, eles acham que a gente é que é o culpado, aí tem vezes que eles xingam você [...] (ACS9)

[...] tem algumas pessoas que já chegam violentas [...] às vezes é a demanda que eles querem e eles acham que a gente tem que resolver tudo pra eles e a gente não tem capacidade [...] (AE 2).

De acordo com Lancman⁸ determinados tipos de violência ficam mais acentuados em serviços como o Programa Saúde da Família (PSF), pelo fato de o mesmo ter privilegiado em sua implantação, áreas de maior vulnerabilidade e risco social e também, ter possibilitado o contato mais próximo entre a equipe e a população, aumentando a vulnerabilidade dos trabalhadores. Para esta autora, regiões de maior risco social são também aquelas que geram intensificação da violência. Era de se esperar que nas unidades de saúde situadas em locais de grande insegurança e alta vulnerabilidade, como comunidades de baixa renda, regiões de conflito ou de criminalidade elevada, os trabalhadores estivessem mais expostos a riscos de violência. No entanto, os depoimentos demonstram que a violência se encontra disseminada, tanto nas áreas de alto risco de vulnerabilidade quanto nas áreas de médio e baixo risco:

Violência verbal, várias vezes, todo dia, [...] com tudo, consulta especializada, por exemplo, o médico mandou eu retornar em 30 dias, aí você joga no sistema e demora não sei quanto tempo para sair [...] aí ele te agride. Ele acha que você tem o poder de resolver tudo pra ele, quer dizer, não é a gente que resolve, existe uma norma maior que a gente. [...] (AE2)

Uma discussão que surgiu na fala dos depoentes relacionou-se às diferenças entre os tipos de agressão ocorridas nas diferentes áreas de risco. Enquanto nas regiões de alta vulnerabilidade social, muitas vezes, a agressão verbal aconteceu de forma mais ofensiva, com palavras de baixo calão e pejorativas, nas regiões de baixa vulnerabilidade, as ofensas aconteceram de forma mais velada e disfarçada.

Eu já sofri violência verbal, tipo - essa piranha - a gente ouve muito, cachorra, vagabunda, vocês não fazem nada, só ficam andando pelo posto, esse tipo de agressão (AE3).

Verbal e agressão psicológica também. A verbal é que eles xingam agente de piranha, de vagabunda, que eu sou vagabunda igual ao pessoal do posto, que ninguém trabalha (ACS1).¹

[...] eu pensava que era só em área de risco que isso poderia acontecer e por incrível que pareça eu tenho tido mais problemas aqui [...] que é área de baixo risco, do que eu tive em uma área de muito elevado risco que eu trabalhei por 4 anos [...] (E1).

Outro entrevistado acredita que as dificuldades de relacionamento com os usuários podem estar relacionadas à postura defensiva diante de algumas situações de conflitos.

[...] Eu fico assim frustrado muitas vezes, porque por mais que você tente esclarecer, conversar, ser amigo, geralmente o paciente entra numa posição muito defensiva, de que ele está com a razão, de que o médico é que foi grosseiro (M2).

O mesmo entrevistado acredita que a pressão constante nas UBS e a falta de

amparo institucional também contribuem para fomentar as dificuldades de relacionamento entre os profissionais e os usuários.

[...] pressão que está aumentando progressivamente na medida em que as pessoas se acham com mais direitos do que deveres, os pacientes são sempre os que têm razão, a prefeitura dá essa razão o tempo todo para o usuário e nunca para o profissional e com isso a gente se sente às vezes muito desamparado, nesse embate no dia a dia (M2).

Contudo, outros fatores podem corroborar para que essa relação em alguns momentos seja estremecida e ou conflituosa. Muitas vezes as demandas dos usuários ultrapassam o poder de resolutividade dos profissionais de saúde e essa incapacidade de resolução de problemas externos à saúde pode ser um gerador de conflitos.

Eu tenho uma boa relação, eu tenho um vínculo muito grande com a comunidade [...] mas com alguns entraves por causa mesmo da situação desses usuários [...] são pessoas carentes, com vários problemas sociais [...], a saúde não está conseguindo resolver tudo... (E2).

No estudo realizado por Azambuja et al.¹⁴, com o objetivo de compreender os significados do trabalho no processo de viver de trabalhador(as) do PSF, o trabalho também aparece como um gerador de angústias pelas responsabilidades assumidas e pela impotência sentida na resolução dos problemas sociais, políticos, econômicos e ambientais presentes na comunidade.

É importante salientar que os diversos profissionais reagem de formas diferentes em sua interação com os usuários. Estas vão desde uma relação de transparência, na qual o diálogo tem um papel central mesmo em situações negativas, até o estabelecimento de relações de conformidade, onde os profissionais acabam se acostumando com os maus tratos.

A minha relação com os usuários é uma relação de muita transparência, porque até quando eles me desagradam de alguma forma eu faço questão de conversar, de explicar e de falar também que eu fiquei chateada com a situação, que eu não gosto de ser tratada assim [...] eu mantenho a minha postura [...] sou bem honesta também com os meus sentimentos e com a situação (E1).

A relação com os usuários às vezes é difícil [...] no início a gente assusta, quando eu cheguei aqui, eu falei nossa como a gente trabalha assim, mas agora eu já acostumei, agora quando eles falam você não faz nada eu nem ligo, eu finjo que nem escuto, eu já acostumei, hoje eu lido de forma mais tranquila (AE4).

Santos et al.⁹ avaliaram que a violência vivenciada pelos profissionais de saúde vem causando uma conseqüente naturalização do fenômeno, uma aceitação, como se

fosse algo normal, que não comove e não choca mais, principalmente, devido ao fato de estar próxima e presente cotidianamente na rotina de trabalho.

Violência por parte do usuário

A maioria dos entrevistados relatou já ter sofrido algum tipo de violência advinda dos usuários, dentre elas, agressão verbal, apontada como a mais comum; ameaça, intimidação e assédio sexual.

Eu acredito que 100% de nós trabalhadores aqui, nós já sofremos algum tipo de agressão. No meu caso eu já sofri agressão verbal várias vezes. Já teve um caso até mesmo de intervenção policial. [...] a agressão física ela não acomete aqui, mas a agressão verbal, constantemente a gente está sofrendo e você se sente muito vulnerável mediante a situação [...] (AE1).

O depoimento acima reitera o que foi avaliado por Kingma⁶, a qual verificou que os profissionais de saúde são os maiores alvos ou vítimas de violência no local de trabalho. De acordo com a autora, o risco que esses trabalhadores enfrentam é 16 vezes maior que o risco de profissionais de outras áreas. Vários estudos relatam que profissionais sofrem violências, de diferentes tipos de violência^{15,16} ou predominantemente verbal^{17,18}. Vale ressaltar que, como relata Rosenfeld¹⁹, a violência verbal pode manifestar-se através de palavras muito duras ou jocosas, ameaças, injúrias, sempre com o objetivo de rebaixar, humilhar, oprimir, amedrontar, tyrannizar e maltratar. Às vezes essa prática vem escondida sob a capa de brincadeiras que deixam o outro sem graça, envergonhado e, muitas vezes, sem condição de defesa, afinal é apenas uma “brincadeira”. Acredita-se que a violência pode se manifestar de forma explícita ou velada, mas em ambas, a agressividade encontra-se presente: “eu escutava muito quando eu passava no corredor [...] *aí, ta desfilando, não faz nada, só fica andando à toa*” (E1).

A depoente abaixo relata já ter sofrido vários tipos de violências, tais como agressão verbal, moral, *bullying*, ameaça e intimidação.

Eu já sofri agressão verbal, moral [...] paciente me chamou de vários nomes assim por causa de um atestado que ele queria [...] e eu também já sofri *bullying*. Como eu sou enfermeira responsável pela sala de vacina, quando chega essas épocas de campanha, que a gente tem que seguir as normas do ministério, então a pessoa não entende, aí ela te intimida, fala que vai chamar a polícia, que vai fazer reportagem, então, eu já sofri isso aqui (E3).

Outro fator que também está associado à ocorrência de violência é o fato de os profissionais da APS lidarem com uma clientela muito diversificada e com pacientes que muitas vezes alterados, como relatado no depoimento abaixo:

[...] foi uma violência mais tranquila, foi na rua e o paciente estava alcoolizado, ele usa drogas, ele usa álcool. Ele me abordou xingando o posto[...] foi uma agressão verbal, não chegou a nada físico [...]Jeu fiquei com medo, eu acho que se ele tivesse um pouco mais alterado, talvez eu tivesse sofrido uma violência física, eu não sei, se fosse dentro da casa talvez eu tivesse sofrido um outro tipo de violência [...] (ACS1).

[...]o problema mais grave que eu vivi [...] que eu me senti mais aflita [...] foi um usuário de drogas que veio querendo ser atendido na hora [...]e que se eu não marcasse, ele ia me pegar. Na hora eu fiquei com muito medo, porque ele me olhou bem firme nos olhos e falou que lá fora ele ia me pegar (E2).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a violência está associada a alterações comportamentais, como o uso de álcool e drogas, tabagismo e inatividade física – com novos desdobramentos para a saúde²⁰. Também se associa à ocorrência de violência o tipo de cliente atendido, como pacientes psiquiátricos, com demência, drogados e pessoas envolvidas em gangues, pois geralmente possuem armas.²¹

Além do perfil da clientela atendida nas UBS, outro fator que pode contribuir para a ocorrência de conflitos é a escassez de recursos humanos que se contrapõe à necessidade de atendimento do usuário, diz uma entrevistada: [...] *é a pressão da porta, por que você está aqui para atender todo mundo e o recurso é bem limitado, a oferta é menor que a demanda [...] a demanda é grande e a oferta aqui, ela não dá para resolver tudo* (E2). E outra entrevistada reitera: *às vezes tem coisas que não ta no seu alcance resolver, às vezes não tem um médico na unidade na hora, aí o paciente te xinga, só porque você não pode resolver aquilo na hora que ele quer* (AE 2).

Para Kaiser e Bianchi¹⁰, o não atendimento às necessidades de saúde gera desconforto e até agressões aos profissionais. A dificuldade de acessibilidade e o acolhimento deficitário do usuário na atenção primária são reconhecidos como vilões da qualidade de atendimento em saúde, assim como a estrutura física inadequada dos serviços de saúde e a deficiência de recursos humanos também foram indicados como geradores de conflito.

A saúde em si do Brasil não ta muito boa. Eu acho que essas violências acontecem porque a saúde no Brasil não está muito boa, e eles acham que a gente é que é o culpado, mas na verdade a gente não é, eu simplesmente falo [...] (ACS9).

De acordo com Polignano²², a crise do sistema de saúde no Brasil está presente no nosso dia a dia podendo ser constatada através de fatos amplamente conhecidos, como: filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde, falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população, escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência. Vale ressaltar que,

se essa situação de precariedade dos serviços de saúde persistir, pode-se estabelecer um ciclo vicioso de violências, onde o usuário é violentado em seu direito de cidadania e por esse motivo se sente no direito de violentar o profissional de saúde que não o atendeu. Além disso, a violência coloca em perigo a qualidade da assistência prestada, a produtividade e o desenvolvimento; suas consequências repercutem consideravelmente na eficácia dos sistemas de saúde sobretudo em países em desenvolvimento.²³

Situações de abandono e negligência familiar também foram apontadas pelos depoentes como fatores que podem gerar violência, porque muitas vezes os profissionais lidam com o abandono de incapazes e as mais diversas situações de risco e, ao questionarem os familiares, muitas vezes sofrem violências, como no depoimento abaixo.

[...] um dia eu cheguei à casa de uma paciente e a encontrei em uma situação de risco [...] e eu liguei para a filha dela que me agrediu verbalmente, pelo telefone [...] eu falei o que estava acontecendo e ela falou assim: você não tem nada a ver com isso, você está sendo atrevida, você está entrando em uma relação de família, eu vou te denunciar para o SOS saúde, aí eu falei assim, nós vamos nós duas juntas, você me denuncia para o SOS saúde e eu te denuncio para o estatuto do idoso (ACS5).

Tanto as agressões físicas como as verbais trazem efeitos negativos a saúde dos trabalhadores como tristeza, raiva, desapontamento, medo e perda da satisfação com o trabalho.²¹ O depoimento abaixo exemplifica o exposto acima.

[...] agressão verbal, constantemente [...] eles ficam falando assim, esse posto não presta pra nada, ninguém lá presta, então eles colocam a gente como se não prestasse também. Então a gente fica meio assim, um pouco triste. Algumas vezes eu perco a vontade de trabalhar (ACS3).

A discriminação racial também foi apontada entre os tipos de violência sofridos pelos entrevistados.

[...] ela ficou falando, tinha que ser negra mesmo trabalhando [...] aí eu falei assim, eu sou negra e você é muito ignorante (ACS9).

Constatou-se que a agressão verbal foi frequente e direcionada a todos profissionais da unidade de forma indistinta, sendo praticada por diferentes motivos. Houve um tempo em que o profissional médico era respeitado de maneira diferenciada, um tempo em que se ouvia falar em agressões contra vários profissionais, mas que o médico não 'engrossava' essa estatística. No entanto, verificou-se que todos os profissionais da saúde sofreram violência em seu local de trabalho.

Aqui no posto a gente tem, quase uma vez por mês ou uma vez a cada dois meses, a gente tem no mínimo um usuário que verbalmente

nos agride por alguma coisa, seja por uma receita que está vencida e ele quer renovar o medicamento controlado, sem nem ter vindo consultar. Às vezes o paciente nunca consultou na unidade, ou consultou a mais de um ano e meio, dois anos e às vezes ele quer, ele precisa e ele não lida bem com a negativa (M2).

No estudo de Kaiser & Bianchi¹⁰, alguns sujeitos mencionaram que o paciente não gosta de receber a palavra “não” e que isso gera grande estresse tanto no paciente quanto no profissional.

Os entrevistados relataram ter vivenciado situações de intimidação por parte dos usuários, quando estes se sentem insatisfeitos em suas demandas ou quando os profissionais não contemplam suas expectativas.

[...] eu já sofri intimidação de alguns usuários aqui, por conta de requerer atendimentos não agendados, preenchimento de relatórios na hora que ele quer [...] eu acho que isso é uma questão de desrespeito ao meu trabalho [...] (M1).

Eu já sofri violência algumas vezes, a mais grave já deve ter uns 15 anos [...] um paciente entrou no meu consultório porque ele queria um atestado depois de ter ficado 4 meses afastado [...] por uma hepatite, mas ele já não tinha mais sinais clínicos, nem sintomas, nem nada, [...] quando eu recusei, ele levantou, foi até a porta, pegou a chave e trancou a gente dentro do consultório, e ele falou: eu não saio daqui se você não fizer o atestado. Ele me intimidou (M2).

Outro tipo de violência cometida pelos usuários contra os profissionais foi a ameaça. As ameaças foram expressas das mais diferentes intensidades e formas, englobando tanto a possibilidade da morte, como desafiando as instituições do estado, numa nítida queda de braço com os profissionais.

De acordo com Oliveira e Nunes²⁴, as violências psicológicas, caracterizam-se por comportamentos repetidos, inoportunos e não recíprocos, que, cumulativamente, têm um efeito devastador na vítima, e podem ser subdivididas em: ameaça, assédio e bullying. Para os autores, a ameaça caracteriza-se pela promessa ou insinuação do uso ilegal de força, visando coagir, inibir ou constranger uma pessoa ou grupo e provocando medo de dano psicológico, sexual, físico, ou outra consequência negativa para a vítima.

O tipo de violência mais séria que eu já tive aqui nesses 12 anos foi uma vez, uma criança que eu atendi com estomatite, eu orientei a mãe tudo direitinho, aí a mãe forçou a alimentação da criança, a criança broncoaspirou e faleceu. Aí o pai da criança me ameaçou de morte (M3).

[...] a médica tomou a minha defesa, a médica falou que ia chamar a polícia porque a usuária estava me agredindo verbalmente, aí ela falou assim: pode chamar a polícia que eu vou chamar os bandidos, vamos ver quem pode mais (AE4).

Outro tipo de violência relatado por uma das depoentes foi o assédio sexual. De acordo com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo,²⁵ o assédio sexual é uma manifestação sensual ou sexual, alheia à vontade da pessoa a quem se dirige. Ou seja, abordagens grosseiras, ofensas e propostas inadequadas que constrangem, humilham, amedrontam.

[...] já fiquei com medo de ser agredida sexualmente, mas ele só falou [...] só ficou me cantando. Acontece muito, principalmente os homens, eles cantam mesmo, não tem jeito e isso é muito ruim, eu fico com medo (ACS3).

Sentimento em relação à situação vivenciada

Os entrevistados reagiram de formas diferentes em relação às agressões sofridas. Os relatos apontaram manifestações de medo, decepção, raiva, indignação, impotência e falta de proteção.

Então quando a gente sofre alguma violência, nesse momento é uma mistura de sentimentos, porque ao mesmo tempo em que dá uma raiva, [...] dá uma tristeza, uma decepção [...] de você pensar assim, gente eu estou aqui trabalhando, estou dando o meu melhor, estou dando um duro danado e eu ainda ter que passar por isso. E ao mesmo tempo a gente fica com medo [...] é uma mistura de sentimentos. (E1).

Oliveira et al²⁶, em um estudo sobre a violência relacionada ao trabalho na saúde da família, encontraram um resultado no qual os sentimentos referidos entre os trabalhadores pesquisados após terem sofrido algum tipo de violência foram de tristeza, raiva e humilhação e a consequência dos atos de violência mais citada, entre todas as categorias profissionais da SF, foi a perda da satisfação pelo trabalho.

[...] porque você trabalha com saúde e aí você é agredido acerca daquilo que você guarda pela vida das pessoas e aí você não quer que aquilo se prolongue, mas o sentimento, você não trata o sentimento com remédio, você não vai lá à farmácia e pega o medicamento e toma [...]. Você acaba levando esse sentimento aí, que é ruim e que te atrapalha no dia a dia (AE1).

Eu me sinto impotente diante disso, inclusive eu estou saindo daqui por conta desse problema. Por esse motivo eu estou para sair dessa unidade, eu vou transferir dessa unidade. O meu sentimento aqui é como se eu estivesse desprotegida. Eu já trabalhei em outra unidade e eu sei que usuários problemáticos existem em todo lugar, mas, quando a gente não tem o apoio de quem está aqui para isso, é muito complicado e eu acho que aqui o guarda municipal incita os pacientes (M1).

Para Cezar,

[...] as conseqüências individuais desta violência podem ir desde a desmotivação, diminuição na qualidade dos serviços de saúde, estresse, medo, fobias e perturbações do sono até o impacto na organização afetando a qualidade no serviço de saúde, a redução da produtividade, a deterioração nas relações interpessoais, colaborando para o aumento do absenteísmo. ^{17 p.35}

Formas de lidar com a violência

A insegurança e o medo da violência são uma constante na vida de muitos trabalhadores da saúde, o que os obriga não só a lidar com as mais diferentes situações, muitas vezes sem o devido respaldo institucional, como criar estratégias próprias para o enfrentamento da questão.

A gente lida com o famoso jogo de cintura, só, raramente a gente tem respaldo, a gente não tem nenhum respaldo institucional, não adianta você fazer uma queixa porque nunca é investigado pro lado do usuário, nunca se procura saber se o usuário tem essa razão ou não [...] (M2).

Eu fico muito chateado. Eu não lido bem comigo mesmo, eu fico assim frustrado e indignado muitas vezes [...] mas do ponto de vista institucional, eu não lido [...] porque a gente não tem nenhum respaldo, você simplesmente não tem respaldo (M2).

Constatou-se que, alguns dos profissionais entrevistados conseguiam lidar com as situações de violência que ocorriam no dia a dia e se mantinham firmes em seu trabalho. Outros já evidenciaram maior dificuldade em enfrentar essas situações violentas e/ou constrangedoras e preferiram mudar de local de trabalho a ter que vivenciar o estresse da violência.

Depois de vivenciar algumas situações violentas e pela falta de segurança, ultimamente eu estou sendo obrigada a abandonar um trabalho que eu comecei, alguns projetos que eu tinha para não ter que passar por isso de novo, porque eu não quero estar aqui no dia em que alguém mais irritado chegue e vá às vias de fato. Eu me sinto muito frustrada de ter que ir, de ter que sair, um monte de coisas que eu tinha planejado e ter que abandonar no meio do caminho, por causa da violência (M1).

A violência no setor da saúde é terrivelmente destrutiva e tem um impacto negativo não apenas na vida pessoal e profissional dos trabalhadores, mas também sobre a qualidade e a cobertura dos cuidados prestados⁶. De acordo com Rios¹¹ trabalhar é meio de prover sustento para o corpo e para a alma. No trabalho passamos a vida, desenvolvemos nossa identidade, experimentamos situações, construímos relações, realizamos nosso espírito

criativo, sendo também onde adoecemos.

Além de causar frustração e indignação para alguns, a situação de violência foi encarada de forma tranquila e mesmo aguçou sentimentos inusitados, como no exemplo citado a seguir, quando o profissional agredido não só compreendeu o ocorrido, como se colocou no lugar do agressor.

Eu vejo da seguinte forma, todas as agressões que eu já sofri, desse termo, foi porque a pessoa estava numa situação difícil, aí eu me coloco no lugar dela, eu penso assim, se eu estivesse na situação dela será como que eu iria reagir [...]a minha família sempre fala na hora que a gente ta nervoso fica calada, para pensa, relaxa primeiro, depois vai resolver, então é assim que eu sou nessa situação (ACS8).

[...] normalmente quando o usuário está nervoso, que ele vem agredir de forma verbal, eu converso calmamente, eu não levanto o tom de voz [...] e tento chegar num ponto que seja bom pra mim e bom pra ele, que eu não fique irritado e ele não fique irritado também [...] (ACS7)

Em casos de violência eu tento amenizar a situação de uma forma geral, amenizar o máximo possível, para que tanto eu quanto o usuário saíamos o mais ileso possível da situação (AE1).

Eu procuro mais é ouvir, eu deixo a pessoa descarregar, deixo a pessoa falando sozinha e saio. Eu acho que a melhor forma de eu me prevenir, [...] porque se eu for debater com a pessoa, fica pior [...] (AE 3).

Nonato et al²⁷ apontam que os profissionais de saúde da Atenção Primária de Saúde desenvolvem estratégias para lidar com os conflitos e violências, no seu trabalho cotidiano de cuidado à população, mesmo quando não contam com políticas públicas específicas para este fim. Tais estratégias passam pelo investimento na comunicação, pelo fortalecimento do diálogo, pelo acolhimento humanizado, pelo estímulo e disposição de construir vínculos profissionais/usuários e mesmo pelo uso de ferramentas tecnológicas que facilitam a informação e a comunicação.

Outra forma de lidar com a violência foi a indiferença, numa postura mesmo de certa banalização da situação. Tal afirmativa pode ser exemplificada pela fala abaixo de um entrevistado que atua numa área de alta vulnerabilidade de risco.

Aquí, no início a gente assusta, quando eu cheguei aqui, eu falei nossa como a gente trabalha assim, mas agora eu já acostumei, agora quando eles falam :você não faz nada eu nem ligo, eu finjo que nem escuto, eu já acostumei, hoje eu lido de forma mais tranqüila (AE4).

Outra depoente relatou lidar de forma natural com a violência, um processo de aprendizado e de superação de situações muito comuns em seu cotidiano.

Eu lido o mais naturalmente possível [...] se eu sou ameaçada

por algum motivo eu tento assim, não ficar apegada àquilo [...] porque se não eu não trabalho [...] eu já fiquei muitas vezes intimidada, amedrontada, mas aí eu fui aprendendo a lidar com isso, porque eu não estava ficando legal, eu estava me sentindo mal [...] até na saúde, então eu comecei a aprender a lidar com isso porque nem todas as ameaças são cumpridas, então eu comecei a aprender a lidar com esse tipo de coisa. (AE3)

A despeito de os entrevistados terem vivenciado situações de violência, como se viu anteriormente, apenas dois relataram a necessidade de se afastar do trabalho

Eu já precisei de me afastar, houve um momento de muito estresse e aí junta tudo e eu fiquei afastado por causa disso (AE1).

Sim. Eu tive uma semana de ocorrências e eu resolvi a me ausentar para decidir o que eu iria fazer porque eu não estava dando conta [...] (M1).

Estudo realizado por Molinos¹⁶ com trabalhadores da atenção básica no interior da Amazônia, demonstrou que 95,7% dos participantes não pensaram em abandonar ou solicitar transferência do local de trabalho em virtude de episódios de violência sofridos no trabalho, sendo que, para os profissionais de nível superior, este valor atingiu 100%.

Considerações finais

A violência é um fenômeno histórico que encerra eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, os quais, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos de violência institucionalizada.¹

A violência no trabalho, aí incluído o trabalho em saúde, tem se alastrado de forma assustadora e se constitui na atualidade em um grave problema de Saúde Pública, com repercussões na vida e na integridade física e mental de muitos trabalhadores.

Este trabalho evidenciou que, a despeito de a maioria dos entrevistados terem relatado boa relação com os usuários, tal fato não foi impeditivo para que ocorressem situações de violência dos segundos contra os primeiros e que esta relação se manifesta de formas distintas. Demonstrou também, que os profissionais da APS de Belo Horizonte encontram-se expostos a diferentes tipos de violência - agressão verbal, ameaça, intimidação, bullying e assédio sexual, sendo a verbal a mais comum; que o absenteísmo em decorrência da violência é baixo e que os trabalhadores apresentam diferentes sentimentos e formas para lidar com a violência.

Não foram encontradas diferenças relativas ao índice de vulnerabilidade dos três centros de saúde pesquisados, o que demonstra que a mesma ocorreu de forma indiscriminada e disseminada nas áreas de baixa, média e alta vulnerabilidade de risco.

Acredita-se que, o impacto causado pela violência contra os trabalhadores de saúde, em especial os da APS, pode acarretar sérias consequências para o atendimento, interferindo na qualidade dos cuidados prestados. Pode também levar ao abandono do trabalho, no intuito o de proteger a sua integridade física e mental.

Infere-se, que a violência contra os profissionais de saúde pode ser reflexo da própria violência a que muitos usuários são vítimas em relação ao seu direito de acesso à saúde, devido entre outros fatores, aos longos tempos de espera, à pouca resolutividade dos serviços, à sobrecarga de trabalho imputada aos trabalhadores, prejudicando o atendimento.

Referências

1. MALTA DC, Lemos MSA, Silva MMA, Rodrigues EMS, Gazal-Carvalho C, Morais Neto OL. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*; 16:45-55, 2007.
2. MINAYO, M. C.; Souza, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 1998, p. 513-31.
3. Organização Panamericana de Saúde (OPAS), *Violência y salud: resolución no XIX*. Washington 1994
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra. 2002.
5. KRUG, E G; DAHLBERG, L. L; MERCY, J. A; ZWI, A. B; LOZANO, R. eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
6. KINGMA, M. Workplace violence in the health sector: A problem of epidemic proportion. *International Nursing Review*, 48 (3), 129-130, 2001.
7. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diretrizes marco para afrontar la violencia laboral em el sectorde la salud. Ginebra. 2002. 33p.
8. LANCMAN, S.; Ghirardi, M. I. G.; Castro, E. D.; Tuacek, T.A.; Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*;43(4):682-8, 2009
9. SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos et al. Violência institucional:vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, vol.64, no.1, p.84-90, 2011
10. KAISER DE, Bianchi F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS); 29(3):362-6, 2008
11. RIOS, Izabel Cristina Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão -- São Paulo: Áurea Editora, 2009.
12. GOMES, Anna Luiza Castro; SA, Lenilde Duarte de. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, v. 43, n. 2, p. 365-372, 2009
13. ILHA, S et al. 2014 – Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(3): p 556 – 62, 2014.
14. AZAMBUJA, Eliana P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Texto e Contexto - enferm.* [online]. 16(1):71-79, 2007
15. FLORIDO et al. Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro, 29:1-14, 2020.
16. MOLINOS, B.G et. al. Violência com profissionais da Atenção Básica: Estudo no interior da Amazônia

17. CEZAR ES, Marziale MHP. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 22(1): 217-21, 2006.
18. SILVA, IV, AQUINO EML, PINTO ICM. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.*,30 (10): 2112-2122, 2014
19. ROSENFELD, S O mal da violência verbal – Sociedade Brasileira de Coaching – disponível em: <http://www.sbcoaching.com.br/blog/colaboradores/o-mal-da-violencia-verbal/> Acesso em 01/06/2015
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing violence and reducing its impact: how development agencies can help. France: WHO; 2008.
21. CONTRERA-MORENO, Luciana; CONTRERA-MORENO, Maria Inês. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. *Rev Bras Enferm*, 57(6):746-9, 2004.
22. POLIGNANO, M. V. História das políticas públicas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. In: CURY, G. E. *et al.* Cadernos do Internato Rural. Depto de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. BH.2000.
23. Di MARTINO V. Workplace violence in the health sector country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study): synthesis report. Genebra (SWZ): OIT/OMS/CIE/ISP; 2002.
24. OLIVEIRA, R.P; Nunes, M.O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. *Saúde Soc.* São Paulo, 17(4):22-34, 2008.
25. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. DFESP. Vamos falar de Assédio Sexual. DFESP, 2014. Acessível em FOLDER_ASSEDIOSSEXUAL.PDF (sp.def.br), em 17 de janeiro de 2021
26. OLIVEIRA LP, CAMARGO FC, IWAMOTO HH. Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Enferm Atenção saúde*, 2:46-56, 2013 Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/388/417>. Acessado em 18 de janeiro de 2021
27. NONATO, LOF et al. Estratégias de gerenciamento na Atenção Primária à Saúde em territórios de vulnerabilidade social expostos à violência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54:1-8, 2020. Disponível em Estratégias de gerenciamento na Atenção Primária à Saúde em territórios de vulnerabilidade social expostos à violência (scielo.br).

Enfrentamento da violência na Atenção Básica em saúde sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde de um município mineiro

Clarisse Carvalho Leão Machado
Izabel Christina Friche Passos
Maria Aline Gomes Barboza

Resumo

Este artigo visa apresentar e discutir os resultados de uma pesquisa exploratória sobre a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Atenção Básica em saúde do Município de Ribeirão das Neves - Minas Gerais, a respeito da relação entre saúde e violência, e do enfrentamento da violência em seu cotidiano de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como método a realização de grupos focais. Para o tratamento dos dados realizamos a análise de conteúdo temática. Os resultados apontam, a partir dos diversos relatos do cotidiano de trabalho das ACSs, que estas profissionais entendem que há uma relação entre saúde e violência e que a violência é um fenômeno amplo e complexo. As ACSs sentem-se impotentes diante do enfrentamento da violência e questionam a interrupção abrupta e a descontinuidade de ações que poderiam contribuir para tal enfrentamento, realizadas pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Reconhecem a importância da realização de ações intersetoriais e de promoção da saúde, porém relatam tímidas iniciativas neste sentido.

Palavras-chave: *Violência; Promoção de Saúde; Atenção Básica em saúde.*

Introdução

A Política Nacional de Promoção da Saúde¹ considera a violência como um dos fatores determinantes e condicionantes de saúde e indica a Estratégia de Saúde da Família como o principal dispositivo na implementação desta política.² A violência, se vista na perspectiva da promoção da saúde, não pode ser pensada apenas do ponto de vista de seus efeitos enquanto agravos à saúde física e psicológica. A violência deve ser compreendida enquanto um fenômeno complexo, que exige uma reflexão mais aprofundada sobre o processo-saúde-doença-cuidado. Em concordância com Minayo³, adotamos uma proposta ecológica de compreensão da produção da violência que considera o embricamento dos âmbitos biológico, subjetivo e social nesse processo.

A partir desta perspectiva, este texto visa apresentar e discutir resultados parciais de uma pesquisa qualitativa e exploratória sobre a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Atenção Básica do município de Ribeirão das Neves- Minas Gerais, a respeito da relação entre saúde e violência, e do enfrentamento da violência em seu cotidiano de trabalho. O problema de pesquisa surge a partir da atuação profissional da primeira autora deste artigo como psicóloga nas atividades de matriciamento em saúde mental na Atenção Básica em saúde junto a equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e das Unidades Básicas de Referência (UBR) deste município, no período de agosto de 2007 a janeiro de 2012.

Nesta atuação, observou-se que a violência era um tema recorrente e que atravessava de diferentes maneiras o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde que atuavam na Atenção Básica do município. A violência estava presente na unidade de saúde, nas relações entre os profissionais e usuários, e entre estes e a gestão. Também se apresentava nas comunidades atravessando o trabalho das equipes de PSF de maneira indireta ou mais diretamente. Os impactos na saúde física e mental gerados pelas diversas situações de violência ocorridas no contexto comunitário e doméstico chegavam às unidades de saúde enquanto demanda explícita de atenção à saúde. A Estratégia de Saúde da Família, em que os ACSs são um componente imprescindível, é a política pública que mais preconiza a promoção da saúde e prevenção de agravos.²

Surgiram então algumas questões que levaram ao desenvolvimento da pesquisa, tais como: como os profissionais que atuam na Atenção Básica em saúde vivenciam a violência no seu cotidiano de trabalho? Estes profissionais estabelecem relação entre saúde e violência? São realizadas ações de enfrentamento da violência? Quais são os obstáculos e os fatores facilitadores apontados pelos profissionais no enfrentamento da violência? Para responder a estas perguntas, utilizamos na pesquisa uma metodologia qualitativa e exploratória, descrita a seguir.

Metodologia

A metodologia utilizada nessa pesquisa consistiu na realização de oito grupos com trabalhadores da Atenção Básica em saúde, cujo funcionamento foi inspirado nas formulações de GATTI.⁴ Escolhemos os grupos feitos com ACS para uma análise mais aprofundada neste artigo. Esta escolha se deu pelo fato de as ACS serem os atores que mais caracterizam a proposta da Estratégia de Saúde da Família no contexto brasileiro.

O município de Ribeirão das Neves integra a região metropolitana de Belo Horizonte e conta com uma população de 296.317 habitantes, predominantemente urbana.⁵ Este município tem como uma das suas principais características ser popularmente conhecido como “cidade-presídio” em razão da grande concentração de instituições penitenciárias em seu território. Essa característica contribui para que a cidade seja identificada, ainda que de forma simplista e a-histórica, com a criminalidade e a violência. Segundo Felizardo,⁶ o município não atrai investimentos financeiros, mantendo um quadro de pobreza econômica gravíssimo. A falta de atividade econômica expressiva e a existência dos presídios acabam por gerar um círculo vicioso de exclusão, desigualdade social, desemprego, baixa renda, condições precárias de moradia, de saneamento básico, de educação, lazer e cultura.

A realização desta pesquisa foi articulada a ações do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz de Ribeirão das Neves, criado a partir da participação de vários profissionais do Município no curso ministrado, no ano de 2008, pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz da Faculdade de Medicina da UFMG, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde, intitulado “Programa de Transferência de Tecnologia de Abordagem da Violência e Construção da Paz.” Tal articulação propiciou ajustes metodológicos, especialmente, oportunização das rodas de conversa, rotineiramente realizadas pela Núcleo, como um dos grupos focais, tomando-se o cuidado de permanecerem, nesses momentos de coleta, apenas os participantes da pesquisa apenas, isto é, apenas os ACS, sem a presença dos demais profissionais integrantes do Núcleo.

Os demais grupos focais com os ACS foram agendados diretamente com as unidades, com a autorização prévia da coordenação da Atenção Básica para que fossem realizados dentro dos serviços e no horário de trabalho. Para cada grupo de ACS, foram convidados todos os profissionais de duas equipes de PSF de territórios vizinhos em cada região sanitária. O convite foi feito pela própria pesquisadora por meio de contato telefônico com as unidades de saúde.

Utilizou-se roteiro semiestruturado de orientação para a moderação dos grupos que, no entanto, não excluiu a possibilidade de participação aberta e interação livre pelos participantes. Uma estudante de psicologia também participou do grupo como observadora, auxiliando nas anotações das falas e comentários que poderiam contribuir na análise dos

dados. Ao final de cada grupo, houve o compartilhamento de impressões e observações entre pesquisadora e observadora sobre toda a atividade.

Cada grupo teve a duração de duas horas e os oito grupos foram realizados entre os meses de julho e setembro de 2012. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido em voz alta e assinado por aqueles que concordaram em participar. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no dia 30 de maio de 2012, com número de CAAE-01140812.1.0000.5149.

Utilizamos gravador de áudio para registro da discussão, mediante consentimento dos participantes. A partir da organização do material transcrito, iniciou-se a análise temática de conteúdo, como proposto por Minayo,⁷ a partir de categorias previamente definidas de acordo com os objetivos, isto é, a vivência da violência no cotidiano de trabalho e a percepção sobre o enfrentamento da violência no contexto do Programa de Saúde da Família.

A vivência da violência no cotidiano de trabalho

As ACS participantes relataram violências sofridas no território de trabalho, que também é o seu território de moradia, e nomearam este tipo de violência de “*violência urbana*”, em consonância com a característica do município em questão que é eminentemente urbano.⁸ A OMS, por sua vez, classifica essa violência como *violência comunitária*, caracterizando-a como um tipo de violência interpessoal e definindo-a como “violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem conhecer-se (conhecidos) ou não (estranhos), geralmente fora de casa.”⁹ Esta violência está relacionada à violência que as ACSs sofrem por parte dos usuários e às condições sociais em que a população atendida vive. Segundo a Organização Mundial de Saúde,⁹ esta violência pode ser caracterizada como violência estrutural e está retratada nessa fala de uma das agentes:

E devido a esses problemas, já tão dentro da boca [ponto de venda de drogas], já tão passando com aquele clima de constrangimento, de guerra das gangues. Eles tão morando dentro da favela, já são revoltados de tá ali. Os meus passam isso e já falaram pra mim. O sofrimento de morar, assim, não tem uma infraestrutura legal, sabe? Lá na nossa área lá. Muito carentes (...) Os mais problemáticos são geralmente os mais, é... mais desprovido mesmo, mais carentes (...) cobram muito e são revoltosos da situação que vive (...) Adoece à toa. Se ficar um dia sem um remédio, nossa, chega lá no posto, nó, tem que aparecer um remédio controlado, tem que dar a receita naquela hora..

Frente à violência estrutural e comunitária que os usuários sofrem, as ACSs relatam se sentirem impotentes:

“No fundo dá dó, sabe? Cê... cê não pode fazer nada (...) Por que será que ele tá aqui todo dia? Olha as condições que ele tá morando”.

Questionam o fato de que devem orientar os usuários a ter uma boa alimentação, sabendo que a maioria deles carece de alimentos para sobreviver. A falta de estrutura também ocorre em relação ao lazer, com a inexistência de praças públicas e de projetos de convivência comunitária.

As ACSs relataram que as situações de violência comunitária têm se intensificado, tanto fora quanto dentro do estabelecimento de trabalho. As participantes mencionaram que há pessoas que se dirigem às unidades de saúde portando arma de fogo e que já ocorreu tiroteio entre grupos rivais do tráfico de drogas dentro da unidade de saúde e nos arredores. As participantes atribuem essa violência ao tráfico de drogas que atinge a unidade pelo fato de ela se localizar:

“perto do aglomerado, onde tem guerra do tráfico” Por outro lado, algumas dizem que “a violência tá muito grande, né? Em todos os lugares”.

O que dá a entender que elas não atribuem especificamente àquela área um índice maior de violência do que a que tem ocorrido em outros lugares.

Foram relatadas situações em que os trabalhadores, por sentirem-se coagidos, acabam por fazer o que os usuários ligados ao tráfico demandam:

“tem que passar eles na frente porque não só a gente corre o risco, como também os outros pacientes”.

Souza e Freitas¹⁰ apontam que este tipo de violência submete a população ao silêncio e ao medo, causando um impacto na saúde dos trabalhadores da equipe de Saúde da Família, especialmente dos ACS que estão tão expostos a este tipo de violência quanto o restante da população local.

Diante desta violência, as ACS tentam se proteger, por exemplo, realizando visitas domiciliares junto com alguma colega de trabalho ou deixando de fazer visitas às casas dos pacientes envolvidos em “*rivalidade entre gangues*”. No entanto, reclamam que nem sempre há a compreensão por parte dos gestores sobre a dificuldade em realizar visitas neste tipo de situação

As ACSs se consideram mais “*corajosas*” do que os demais profissionais do PSF que muitas vezes se recusam a trabalhar no território após vivenciarem de perto alguma situação de violência. Na folha de ponto das ACS de um dos PSF está escrito: “*Guerreiras*

do SUS”. Na literatura encontramos trabalhos que indicam a exposição à violência como um dos fatores que fazem com que os profissionais médicos não se fixem em equipes de Saúde da Família. ¹¹

Este tipo de vivência da violência comunitária num contexto de trabalho que se dá “a céu aberto”, territorializado, gera consequências para a saúde das ACSs. Há pesquisas que apontam a necessidade de “revisão dessas ações de saúde como parte do complexo da política de saúde e no contexto da guerra urbana instalada nos grandes centros urbanos da sociedade brasileira.” ¹⁰

Uma solução apontada para o enfrentamento da violência local se destaca: “Precisa de uma unidade pacificadora de plantão”. As entrevistadas comentavam sobre uma unidade da polícia que esteve na comunidade por um tempo. Ao mesmo tempo em que apresentam essa proposta de policiamento para a comunidade, o grupo entrevistado relatou que sempre demandam ao psicólogo do matriciamento em saúde mental algum tipo de atendimento para elas mesmas. Algumas ACSs fazem uso de medicamentos psicotrópicos.

Apesar da demanda por ajuda aos próprios profissionais não ser uma estratégia de enfrentamento à violência, sem dúvida trata-se de um pedido de ajuda para lidar com a violência que atinge e causa agravos à saúde mental das ACSs.

Outro tipo de violência que os grupos de ACS relatam estar presente no seu cotidiano de trabalho é denominada pela OMS⁹ como violência no trabalho.

A violência no trabalho envolve não somente o comportamento físico, mas também o psicológico. Muitos trabalhadores são sujeitos a comportamentos prepotentes agressivos [*bullying*], assédio sexual, ameaças, intimidações e outras formas de violência psicológica.⁹

As participantes relataram que:

“no PSF os pacientes são mais agressivos (...) o paciente aqui dentro da unidade parece que ele ganha força. São pouquíssimos os casos que a gente é confrontado ou ofendido fora da unidade”.

As ACSs sentem que a equipe de saúde é responsabilizada pela falta de resolução das “cobranças” feitas pelos usuários, mesmo quando a responsabilidade não é da equipe de saúde, por exemplo, quando há falta de insumos ou quando o paciente quer ser cadastrado naquele PSF sendo que não faz parte da sua área de abrangência. Em outros momentos, as ACSs realizam atividades que estão para além do trabalho prescrito, já que cumprem funções administrativas e por vezes orientam os pacientes em relação aos cuidados à saúde. Há, portanto, uma contradição na relação com o usuário uma vez que, em alguns momentos, as ACS são vistas por estes com um grande potencial de ação e resolução de

problemas e em outros são cobradas por questões estruturais que vão além do que está prescrito no seu trabalho. Assim, acabam por se situar “como um personagem mediador entre a institucionalidade e a comunidade, [o ACS] sente-se angustiado por não conseguir atender às demandas da população.”¹⁰ As demandas do trabalho são direcionadas aos ACS inclusive aos sábados, quando os pacientes pedem informações para que os agentes verifiquem exames e indiquem diagnósticos, o que é percebido pelas ACSs como uma invasão de privacidade.¹⁰

A sobrecarga dos enfermeiros também é apontada como algo que acaba afetando a relação das ACSs com os usuários. Neste sentido, acham importante ter um profissional administrativo na unidade e que os serviços devam ser informatizados, já que elas cumprem a função do profissional administrativo. Neste sentido, as ACSs relatam que sua função não é compreendida pela população e que escutam comentários quando estão nas ruas como: “*tá passeando, né, vocês só vivem passeando*”. Além disso, sentem a desvalorização do seu trabalho, uma vez que usuário “*adora médico, só quer médico no posto*”.

Por estes motivos, os usuários “*falam mal*” delas e ameaçam quebrar e colocar fogo na unidade de saúde. As ameaças, por vezes, são mais generalizadas para a unidade de saúde como um todo, mas são verbalizadas na maioria das vezes para as ACS. Há usuários que ameaçam “*jogar uma bomba aqui, eu vou explodir esse posto com todo mundo*”. Muitas dessas ameaças, segundo as ACS, são feitas por usuários em uso de psicotrópicos quando não conseguem renovar a receita médica antes da data prevista. Por vezes, os profissionais da unidade de saúde são “*acusados de negligência*” nas situações em que a equipe indica que o paciente deve ser encaminhado a uma unidade de urgência, e não ser atendido na Atenção Básica. A falta de compreensão do papel e da função da Atenção Básica faz com que a insatisfação em relação ao sistema de saúde como um todo recaia sobre os profissionais atuantes na Atenção Básica.

As participantes dos grupos também relataram sofrer assédio moral, que geralmente ocorre por parte de usuários que:

“tem o conhecimento maior... (...) as classe média (...) tem convênio, são pacientes que possuem dois, três carros na garagem, possui casa própria, tem tudo...”.

Estes têm uma atitude de confrontação, querendo ser atendidos imediatamente:

“querem ganhar tudo no grito” e desrespeitam as ACS, provocando humilhações diante de outros usuários e fazendo uso de insultos preconceituosos.

Diante de situações como essa:

“você engole seco mesmo, cê engole e ainda sorri, como se nada tivesse acontecendo”.

As participantes comentam que alguns usuários querem fazer propaganda política se utilizando da unidade de saúde, dizem a outros que foram eles que conseguiram determinada vaga de consulta ou exame médico no intuito de ganhar voto político, e que também foram os responsáveis por conseguir emprego para as agentes.

Em relação à solução para enfrentar a violência sofrida pelos trabalhadores por parte dos usuários, as participantes relatam que evitam revidar.

Porque ia gerar mais confusão, mais problema. E eu acho assim, a gente tá ali, vai ter que lidar com ele todo dia, até ter que ir na casa do sujeito, você vai criar mais intriga? Mais confusão? Não, você tem que amenizar aquilo ali.

Assim, mantêm um diálogo “*com jeitinho*”, não discutem com o paciente, encaminham para a ACS de referência, ignoram ou fazem brincadeiras no cotidiano de trabalho em relação às ameaças. Esta atitude, além de se configurar em uma defesa adotada pela categoria para exercer o próprio trabalho, aponta uma necessidade de naturalização das várias formas de violência vivida neste contexto. ¹⁰

Outra situação que dificulta a relação com os usuários é quando eles não conseguem acessar determinado serviço de saúde e recorrem a outras instâncias da secretaria municipal. Por vezes obtém êxito, muitas vezes nos casos em que o usuário tem alguma influência política. Este tipo de situação gera uma descrença por parte dos usuários em relação às informações fornecidas pelas ACSs sobre a disponibilidade de serviços de atenção à saúde. As ACSs relatam que essa situação:

“é humilhante pra gente porque não tem aquela conexão” (entre os trabalhadores e a Secretaria Municipal de Saúde).

As participantes sugerem que, em casos como este, a Secretaria ligue para o PSF e procure saber sobre o ocorrido, pois caso contrário, segundo a percepção das entrevistadas, os usuários criam uma imagem pejorativa das agentes que pode gerar situações de violência:

“Como se a gente fosse culpado” (...) “Aí chega aqui, quem é incompetente? É a gente. Quem eles xinga? É a gente. Quem é desmoralizado? É nós, né, e fica por isso mesmo”.

As participantes mencionaram também alguns entraves organizacionais presentes no setor saúde que acabam contribuindo para gerar situações de violência, como, por exemplo, a lentidão na confecção do *Cartão SUS* e a falta de cobertura de PSF para a população municipal.

O enfrentamento da violência no contexto do Programa de Saúde da Família

O impacto da violência na saúde da população aparece nas falas das entrevistadas nos relatos sobre a violência doméstica contra a mulher, especialmente quando relacionados à saúde reprodutiva. Um dos exemplos mencionados refere-se às situações em que o companheiro não permite que sua esposa use anticoncepcional. Nestes casos, quando há indicação, as ACS realizam orientações para que a mulher faça cirurgia de laqueadura e o marido participe das reuniões de planejamento familiar. Os trabalhadores realizam grupos de mulheres, com o apoio do matriciamento em saúde mental, do qual participam mulheres que sofrem violência doméstica e têm medo de fazer a denúncia contra os agressores. As entrevistadas consideram este grupo uma ação de promoção da saúde, pois as mulheres *“saem de dentro da casa e trazem pro PSF”* a violência que estão sofrendo.

No entanto, entendem que orientar a mulher a mudar sua situação não é eficaz, pois há uma precariedade econômica por trás da situação de violência doméstica que a impediria de cuidar sozinha de seus filhos. Assim, reconhecem a complexidade da violência e sentem certa impotência no que se refere a sua atuação enquanto ACS. Esta impotência e despreparo por parte dos profissionais da Atenção Básica para lidar com este tipo de problemática é relatada na literatura que aponta a necessidade de capacitações e ações intersetoriais no enfrentamento dessa questão.¹²

As ACS relacionam saúde e violência também em casos de mulheres que sofrem violência psicológica.

Eu acho que a maior violência é a psicológica, porque tem vezes que você recebe umas determinadas palavras que é maior que uma facada no peito, porque você guarda na alma. E principalmente as mulheres, pelo menos é o que eu tenho percebido nas minhas visitas, as mulheres são mais doentes de alma do que de corpo. São desmotivadas, são mulheres deprimidas... assim, eu vou ser bem sincera, é bem complicado você tentar recuperar as que sofreram violência, uma mulher daquelas, se também não oferecem nada pra ela sair daquilo ali...

Apesar desta falta de perspectiva das ACS para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, esta fala denota uma sensibilidade aguçada para uma escuta empática. Faltam condições concretas para implementação ao Programa de Saúde da Família que, entretanto, teoricamente apresenta as condições para enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, considerando a promoção da saúde e a intersetorialidade como eixos condutores das ações.¹²

Em relação à violência interpessoal em âmbito familiar,⁹ as ACS sentem-se impotentes frente à demanda devido ao medo de retaliação por parte dos perpetradores

das violências. Novamente, vemos que o enfrentamento da violência no território expõe o agente de saúde à violência comunitária presente.

Em relação à violência contra o idoso, as agentes instruem algum membro da família a fazer a denúncia na delegacia e a acionar o Conselho Municipal do Idoso, mas também têm medo de denunciar o ocorrido quando os autores da violência são usuários de drogas, por exemplo. A literatura aponta, em relação à violência contra o idoso, que uma importante ação que poderia ser realizada pela equipe de Saúde da Família seria incluir a atenção aos cuidadores nas ações de saúde “já que a saúde e as circunstâncias de vida dos cuidadores estão, com frequência, intimamente ligadas àquelas das vítimas.”¹² Outra estratégia indicada é a realização de um diagnóstico local para que se inclua o enfrentamento da violência efetivamente no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, para que a rede conheça a “magnitude do problema e suas nuances, tais como, o tipo de violência praticada, seus perpetradores, as condições que a determinam, as redes sociais de apoio disponíveis”.¹³

Em casos de violência doméstica contra criança, as ACS encaminham os casos para a enfermeira, ainda que receosas de que ela faça denúncia anônima e que a família suspeite que as agentes foram as autoras da denúncia. No caso de violência sexual contra crianças, informam à enfermeira, passam a “*ficar de olho*”, mas sentem dificuldade de intervir por medo:

ele é usuário de droga (..) Como é que eu vou intervir, falar alguma coisa? E a mãe é doída com ele, separa e volta. Ele quebra tudo em casa quando ele tá em casa doído dá uma surra nela, sabe? Então é muito complicado.

A literatura aponta que este receio em denunciar pode estar relacionado ao medo de que os perpetradores da violência se vinguem da equipe de saúde e pode ser uma forma de manutenção do vínculo com a comunidade.¹⁴

Em relação ao preenchimento da Ficha de Notificação da Violência, as agentes têm ciência da existência do formulário, mas entendem que para que o caso seja notificado, deve haver consulta clínica, o que não faz parte de suas atribuições. Acreditam que, enquanto ACS não precisam notificar, o que aparentemente contraria a Portaria de nº 104,¹⁵ de 2011, que no seu artigo 7º diz que:

A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.¹⁵

Para que façam a notificação, as agentes entrevistadas mencionaram que o paciente deve confirmar a situação de violência, ou seja, não pode ser notificada apenas a suspeita de violência, o que demonstra um desconhecimento da legislação que traz na lista de casos de notificação compulsória, confirmados ou suspeitos, a violência doméstica, sexual e/ou outras violências.¹⁵ O temor de que a notificação gere algum tipo de retaliação em relação à equipe também está identificado na literatura.¹⁶

As ACS mencionaram a importância da articulação de ações intersetoriais e da necessidade de continuidade de projetos que consideram eficazes na promoção de saúde e prevenção da violência. As entrevistadas citaram o trabalho de instituições que promovem ações de enfrentamento à violência, como as delegacias para a mulher e para o idoso, o Matriciamento em Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad) e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Por outro lado, pontuaram a ausência de delegacias e de CRAS no território do PSF. São mencionadas como problemas a falta de divulgação daquilo que já existe e a interrupção de ações, como, por exemplo, o “*Sábado da Saúde*”, em que se trabalhavam temáticas sobre drogas, doenças sexualmente transmissíveis, asma, vermes e doenças parasitárias através de teatro. Esta ação, por ser realizada aos sábados, conseguia atingir pacientes que trabalhavam durante a semana e iam ao PSF apenas para pegar a receita, e que passaram a dar credibilidade ao trabalho do PSF. As agentes mencionaram também o “*Dia da mulher*”, de promoção de atividades de autocuidado, e outras ações que foram interrompidas em período eleitoral.

A maioria das vezes que a gente vai promover a saúde, fazer um trabalho legal, esse trabalho é abortado. Aí o quê que acontece, você fica frustrada, o paciente vem em cima de você cobrando, fica frustrado também, e desvaloriza o PSF, né. Não existe Programa de Saúde da Família.

Santos¹⁶ aponta, dentre outros aspectos, algumas justificativas para a não sustentabilidade dos projetos de prevenção e promoção da saúde: a falta de política pública que garanta a continuidade do programa/projetos, independente de governos e gestão; o medo e a falta de disponibilidade dos profissionais que têm que atender outras demandas de tratamento em saúde.

Considerações finais

As ACSs que atuam na Atenção Básica em saúde do município de Ribeirão das Neves relatam a presença da violência no seu cotidiano de trabalho de diversas maneiras, o que causa grande impacto tanto na população atendida pelo PSF quanto em suas atuações profissionais. Os tipos de violência, utilizando a classificação da OMS,⁸ relatados pelas participantes da pesquisa foram: comunitária, no trabalho, estrutural e doméstica

contra criança, idoso e mulher. No entanto, o Programa de Saúde da Família carece de uma estratégia planejada para o enfrentamento das violências que se apresentam neste contexto.

O grupo pesquisado relaciona saúde e violência de maneira evidente, o que aparece de maneira transversal nas categorias de análise: violência no cotidiano de trabalho e enfrentamento da violência no PSF. As ACS apresentam uma concepção de violência ampla quando descrevem a complexidade do fenômeno ao longo dos relatos. Entendem, no entanto, que permanece a lógica curativa da saúde tanto por parte da população, quanto dos serviços de saúde e da gestão, que não priorizam as ações de prevenção e promoção da saúde. Apontam também a necessidade de uma rede intra e intersetorial para garantir a efetividade das possíveis estratégias de enfrentamento da violência que o PSF possa vir a desenvolver.

Apesar de apontarem a denúncia das situações de violência como uma possível solução, as agentes não realizam esta ação por sentirem-se expostas a retaliações por parte dos usuários. Também apontam a falta de suporte existente para a continuidade de alguma iniciativa de enfrentamento da violência, entendendo que este é um problema complexo que necessita do suporte mais amplo de rede. Por isso, optam por realizar orientações mais superficiais e pontuais às famílias. As ACs sentem-se impotentes frente ao enfrentamento da violência, especialmente quando se trata de uma situação de violência já instalada ou consumada. Nesses casos, referem conhecer a Ficha de Notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mas não se responsabilizam em preenchê-la, deixando esta tarefa aos demais profissionais da saúde que realizam atendimentos clínicos.

A pesquisa mostra que existem diversas questões implicadas nesta conduta das ACS como o fato de se perceberem expostas a possíveis retaliações por parte dos perpetradores da violência e não verem continuidade das ações assistenciais após a notificação. O fato de as ACS compartilharem a mesma realidade sociocultural dos usuários também traz implicações que merecem ser melhor investigadas. Cabe, portanto, refletirmos criticamente sobre a função que a ficha de notificação tem exercido no contexto de serviços da Estratégia de Saúde da Família que marcam mudanças no sistema de saúde e prevê uma atenção à saúde muito mais próxima dos usuários através da territorialização e do vínculo.

O grupo entrevistado ressaltou a importância de controlar o que falam, pois entendem que suas falas têm “*poder*” de incitar ou amenizar situações de violência por parte dos usuários para com o PSF e seus trabalhadores, situação recorrente no seu cotidiano de trabalho.

Em relação à prevenção da violência, as agentes citaram algumas estratégias já

desenvolvidas pelo PSF, mas que foram interrompidas ou descontinuadas por questões políticas, gerando desânimo e descrédito na equipe e na comunidade em relação ao PSF. Apontam também a sobrecarga de trabalho da equipe de PSF dificultando o bom funcionamento do serviço. Assim, entendem que a Saúde da Família não funciona como uma estratégia que trabalha prioritariamente com a prevenção e a promoção da saúde.

Por fim, a realização do grupo como parte da pesquisa serviu também como momento de “*desabafo*” para essas profissionais. As ACS apropriaram-se daquele espaço também como um momento de realizar uma demanda em relação à situação que vivem, pedindo que algo seja feito a partir do que foi falado:

“pela comunidade que tá precisando”, que seja realizado “um projeto que ande” e que sirva “pra levantar a auto-estima”.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: SAS, SVS, 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ed. Brasília: SAS, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
3. Minayo. **Violência**: um problema para a saúde dos brasileiros. In: MINAYO M. C. S.; Souza E. R. (Orgs.). Impacto da violência sobre a saúde. Brasília: Ministério da Saúde. p.9-33, 2005.
4. GATTI, A. B. **Grupo focal em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber livro Editora, 2005.
5. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
6. FELIZARDO, R. L. De F. E. S. **As faces da violência**: um estudo sobre o perfil da morbimortalidade por violência no município de Ribeirão das Neves, MG. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Vigilância em Saúde: área de concentração vigilância epidemiológica e ambiental apresentado à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2008.
7. Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde (12ª ed.). São Paulo: Hucitec, 2010.
8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: 2002.
10. SOUZA, L. J. R. de; FREITAS, M. do C. S. de. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.35, n.1, p.96-109, jan./mar. 2011.
11. FELICIANO, K. V.de O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3373-3382, 2011.
12. ANDRADE, C. de J. M.; FONSECA, R. M. G. S.da. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho da Estratégia de saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n.3, p.591-595, 2008.
13. MORAES, C. L. de; APRATTO JÚNIOR, P. C.; REICHENHEIM, M. E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, out., 2008.

14. ARAGÃO, A. S. et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 172-179, jan.-fev./2013. Número especial.
15. Brasil. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.** Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
16. SANTOS, N. C. dos. **Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF - um estudo de caso.** Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

A abordagem da violência na Atenção Primária a Saúde de Belo Horizonte: o que pensam e fazem os profissionais de saúde; um estudo de caso

Taciana Malheiros
Soraya Almeida Belisário

Resumo

A inserção do tema da violência na saúde representa um desafio para a organização dos serviços, em especial a Atenção Primária à Saúde. Este estudo objetivou investigar a ocorrência de violência na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores integrantes das equipes de saúde da família. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, a qual utilizou entrevistas semiestruturadas. Foram pesquisados três centros de saúde, inseridos em diferentes áreas de risco social e sanitário conforme índice de vulnerabilidade em saúde utilizado no município. Os resultados apontaram que: a violência é uma questão complexa de múltiplas conceituações; a maioria dos profissionais se sente preparado para lidar com o tema; ações de abordagem da violência são realizadas no cotidiano das equipes; a promoção à saúde como a principal atribuição do centro de saúde em relação ao tema; é possível prevenir a violência.

Palavras-chave: *Violência, estratégia de saúde da família, cultura da paz*

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde, anualmente, mais de 1,6 milhões de pessoas morrem vítimas de violência individual ou coletiva e muitas mais sofrem ferimentos não fatais, resultantes de autoagressões, agressões interpessoais ou coletivas.¹ Para se ter uma ideia da relevância do problema, no Brasil, entre 1980 e 2013, as mortes não naturais e violentas de crianças e adolescentes - como acidentes, homicídio ou suicídio - mais do que quadruplicaram, passando de 6,7% para 29% do total de mortes nesta faixa etária.²

O crescimento das taxas de criminalidade e da violência urbana, nos últimos anos, tem causado forte sentimento de medo e insegurança, em particular no contexto das grandes cidades brasileiras. Estatísticas oficiais e pesquisas de vitimização parecem corroborar este cenário. Entre 1998 e 2008, o número de homicídios no país cresceu 19,45%, chegando a 26,4 mortes por 100 mil habitantes.³

Devido à importância e magnitude da violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que apresenta uma tipologia para a violência classificando-a em três categorias segundo o sujeito que comete a violência, quais sejam, violência auto-provocada; violência interpessoal (intrafamiliar e comunitária) e violência coletiva (social, política e econômica).⁴ O mesmo relatório classifica a natureza dos atos violentos como abusos e maus tratos. Entre os abusos são apontados o físico, o psicológico e sexual. Já os maus tratos são classificados como negligência e privação de cuidados. O abuso físico se refere ao uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outra pessoa; o psicológico situa as agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, ofender ou humilhar a vítima; já o sexual diz respeito ao ato ou sedução sexual que ocorre nas relações hétero ou homossexual e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Por negligência ou abandono se entende a ausência, a recusa de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados. A violência interpessoal comunitária é definida como a que ocorre entre as pessoas sem laços de parentesco, que podem ser conhecidos ou estranhos e acontece geralmente fora de casa. A violência comunitária praticada por conhecidos inclui os abusos contra crianças e idosos, desde que os mesmos aconteçam fora do âmbito doméstico. Já a violência interpessoal comunitária praticada por desconhecidos abarca atos aleatórios de violência, estupros ou ataques sexuais por estranhos, bem como a violência ocorrida em grupos institucionais, tais como, escolas, ambiente de trabalho e asilos. Por fim, a última tipologia apresentada pelo Relatório, refere-se à violência coletiva, a qual se divide em social, política e econômica. Aqui se encontram os atos terroristas, a guerra e atos violentos praticados por grandes grupos.

Muitos são os desafios para a inserção do tema violência no contexto da saúde, entre eles a incorporação de sua prevenção na APS e o fortalecimento das respostas às vítimas.⁵ Observa-se que, de modo geral a violência é reconhecida e valorizada como

problema relevante pela sociedade civil, mas acredita-se que ainda é pouco discutida pelas equipes, não ocupando o mesmo espaço que os demais temas assistenciais. Contudo, dada a tradição do setor em desenvolver práticas de prevenção e de promoção da saúde nos diferentes grupos populacionais acredita-se que os profissionais que nela atuam, desempenham um importante papel no enfrentamento dessa problemática. Para alguns autores a APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família, apresenta-se, como um local privilegiado para a abordagem da violência.^{6 7}

Alguns estudos,^{6 8} desenvolvidos no Brasil demonstram que os trabalhadores da saúde da família compreendem bem seu papel no tratamento das sequelas sofridas pela violência. Contudo, demonstram, também, uma fragilidade no entendimento do papel preventivo, quer seja pela dificuldade que o tema traz, considerando as multifacetadas que envolvem a violência, quer seja pelo medo ou receio, justamente pela proximidade e vínculo com as famílias.

Em consonância com as diretrizes nacionais o município de Belo Horizonte (BH), adotou a APS como porta de entrada do sistema e a Saúde da Família como a estratégia de reorganização da atenção básica. Em BH a APS está estruturada em uma rede de centros de saúde (CS) organizada em nove distritos sanitários. Além dos atendimentos médicos e de enfermagem à demanda espontânea, esses CS desenvolvem atividades específicas de vigilância por meio de visitas domiciliares e ações coletivas.⁹ A partir de 2003, foram desenvolvidas iniciativas no sentido de organizar, fortalecer e qualificar a APS em BH, as quais geraram um processo de reorganização da rede municipal, seguida por uma ampla qualificação de toda a rede em 2006.^{9 10}

Contudo, segundo Ferreira,¹⁰

a implantação da SF em BH desnudou questões amplas e delicadas como a violência em todos os seus matizes, a pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar. Em muitos casos, o sistema de saúde vem assumindo responsabilidades que extrapolam seu campo de atuação, exigindo cada vez mais a articulação com o conjunto das políticas sociais e urbanas. (FERREIRA et al., 2011, p. 4)¹⁰

Constata-se, portanto, a ocorrência de situações de violência na rede de serviços de BH, em especial na APS/SF, violência essa manifesta em todos os seus matizes, e, conseqüentemente, presente tanto na realidade dos usuários como na dos profissionais que os atendem. Este capítulo objetivou investigar a ocorrência de violência na APS/BH na perspectiva dos trabalhadores de saúde.

Método

Este estudo integra a pesquisa Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Primária que elege como objeto de estudo a atenção primária de quatro municípios mineiros, Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. O recorte

aqui apresentado tem como objetivo geral investigar a ocorrência de violência na APS de Belo Horizonte, na perspectiva dos trabalhadores de saúde.

Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, que utilizou a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. A opção pela abordagem qualitativa se justifica uma vez que ela permite compreender os significados, motivos, aspirações e atitudes que não poderiam ser captados em uma pesquisa quantitativa.¹¹

A pesquisa foi desenvolvida em três CS do Distrito Sanitário Leste do município de BH, cuja seleção se deu por meio do Índice de Vulnerabilidade Saúde (IVS) utilizado pelo município. O IVS é um indicador composto utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de BH (SMSABH), que considera dados como renda, educação, trabalho, lazer e inserção social para estratificar a desigualdade na qualidade e estilo de vida das pessoas e consequentemente nas condições de saúde; esse indicador classifica os setores censitários municipais como sendo de elevado, muito elevado, médio e baixo risco. Foi selecionado um CS para cada tipo de risco, três ao todo, sendo identificados, respectivamente como CS1, CS2 e CS3.

Foram entrevistados 26 profissionais integrantes das equipes de saúde da família dos três centros de saúde pesquisados. Participaram da pesquisa três médicos; três enfermeiras; seis auxiliares de enfermagem e doze agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal. As equipes foram sorteadas de forma aleatória, tendo participado uma equipe de cada unidade. As entrevistas tiveram duração média de 15 minutos, tendo sido utilizado, em todas elas um gravador portátil como recurso de áudio.

A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin,¹² a qual consiste em um conjunto de técnicas para análise e tratamento das comunicações através de procedimentos sistemáticos para descrição das mensagens. As falas foram transcritas na íntegra. Para a garantia do anonimato os participantes foram designados pela primeira letra de sua profissão e numerados em sequência. Assim, os médicos identificados pela letra M e numerados de 1 a 3; as enfermeiras pela letra E e numeradas de 1 a 3; as auxiliares de enfermagem pelas letras AE de 1 a 6 e as agentes comunitárias pelas letras A e numeradas de 1 a 12. Os profissionais da saúde bucal foram nomeados como CD1 e ASB 1.

Após a transcrição das entrevistas, efetuou-se a leitura exaustiva das informações de modo a possibilitar sua codificação e categorização. Foram então definidas as seguintes categorias de análise: entendimento de violência, preparo para lidar com violência, abordagem da violência pela equipe, papel do centro de saúde no enfrentamento da violência e possibilidade de prevenção da violência.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer 01140812.1.0000.5149 e pelo COEP da SMSA/BH 01140812.1.3001.5140.

Entendimento da violência

Os entrevistados pontuaram que o tema da violência é amplo, de difícil abordagem, uma vez que as pessoas têm medo de falar sobre ele ou omitem seus problemas nessa área. Houve também o reconhecimento da grande presença da violência.

Alguns a classificaram como uma situação inata, que existe e nunca sairá do contexto social, relacionando-a com diferentes situações da vida societal. Assim, violência foi conceituada como quebra de conceitos e conseqüente falta de respeito com a crença dos outros; como vivências pessoais passadas e sofrimento mental; como extravasamento de sofrimento interno; como falta de informação ou informação deturpada; como constrangimento e medo; como desrespeito.

[...] a violência existe, ela está aí. Nunca vamos poder tirá-la do nosso contexto. (E2)

A violência pra mim é [...] uma quebra de conceito. Quando que quebra? Quando vai na casa da pessoa e não respeita (A3)

Violência é decorrência da falta de informação [...] (E3)

As diferentes conceituações apresentadas abrigaram, também, concepções de tipologia de violência que vão desde qualquer forma que traga desconforto emocional e prática de mal-estar ao outro, a classificações mais usuais como violência familiar, física, moral, psicológica, social e verbal, sendo esta última apontada como a mais sofrida pelos profissionais de saúde. Segundo Minayo e Souza,¹³ o objeto violência possui uma especificidade caracterizada por ser um tema difícil de ser abordado pelas formas convencionais do conhecimento em razão da polissemia, multifatorialidade e complexidade que o acompanha. Constata-se o amplo entendimento de violência tanto por parte dos entrevistados como dos estudiosos do tema, compondo um mosaico de múltiplas formas, tipos e conceituações. Acredita-se que esse amplo entendimento advenha da prática cotidiana dos profissionais que trabalham na SF, os quais provavelmente têm que lidar com diferentes situações em seu cotidiano de trabalho.

Tomando como base as definições do Relatório da OMS,¹⁴ percebeu-se que os entrevistados se referiram com maior ênfase à violência interpessoal tanto em seu aspecto intrafamiliar como comunitário. Houve preocupação em destacar situações presentes em contextos familiares, tais como, maltrato a indivíduos vulneráveis (criança, mulher e idosos), violência entre pais e filhos, quando os primeiros agridem em demasia os segundos; entre maridos e mulheres.

Violência pra mim é maltratar os idosos, [...] já aconteceu de ter casas de criança que está sendo violentada. É maltratar os idosos, e crianças principalmente [...] a mulher. É (violência) doméstica. (A10)

Segundo os entrevistados, a equipe visualiza a violência em diferentes contextos

sociais, mesmo em famílias de maior renda, fato exemplificado por situações de violência relacionadas à falta de cuidado, maus tratos, desrespeito e desleixo para com os idosos.

Tem gente [...] que tem condições e você chega na casa e vê idoso jogado [...] isso pra mim é mau trato, é violência. Não é só de bater, causar hematoma, agressão [...] Eu vejo mais este outro tipo de violência, desleixo, falta cuidado, falta de respeito. (M1)

A agressão verbal foi apontada pelos depoentes como a mais comum. Para eles as palavras agredem, sendo esta, a forma de violência mais sofrida pelos profissionais da saúde e, portanto, a mais comum nos serviços de saúde.

O que é mais agudo é a pessoa que chega agressiva, agredindo verbalmente. Às vezes a gente tem assistido caso de agressão fisicamente. Sair e agredir profissional saúde. Mas o mais comum é verbal. (M2)

Violência eu entendo assim por agressão verbal, física, desacato, desrespeito em qualquer nível. (AE5)

Em sentido oposto ao anterior, destacou-se a violência institucional contra o usuário, exemplificada por meio de situações enfrentadas nos serviços tais como, não ter acesso a um atendimento humanizado, más condições físicas da unidade e dificuldade de acesso a consultas e exames.

Violência é tudo que incomoda um trabalhador. Seja ela interna no próprio serviço [...] ou de relações externas que vem de outras pessoas que usam o serviço. [...] assim as boas condições de trabalho que deveriam ser organizadas de acordo com uma demanda ela não existe. Pra mim isso tudo é violência. O próprio usuário não ter espaço para ter atendimento humanizado. (E1)

A violência institucional é definida como aquela que acontece nos serviços públicos, tanto pela ação como pela omissão, incluindo a dificuldade de acesso ou má qualidade dos serviços públicos. Nesta classificação se inserem os abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais, assim como a peregrinação pelos serviços públicos para conseguir o atendimento, a falta de escuta e tempo para o atendimento, a negligência, dentre outros.¹⁵

Uma interessante concepção de violência apresentada pelos entrevistados referiu-se à liberdade de expressão e à ausência de comunicação. Assim, também foram conceituados como violência, a privação do diálogo; o silêncio e a omissão.

Eu acho que é qualquer coisa que priva o outro da arte do diálogo (E2)

[...] Às vezes a pessoa não fala nada, mas o próprio silêncio é uma forma de agressão [...] a omissão é forma agressão também [...]. (CD1)

Corroborando com a afirmação anteriormente referida acerca da amplitude e

da polissemia do conceito de violência, destaca-se mais uma concepção apresentada por um entrevistado. Para ele, a cobrança por parte do gestor para a otimização do trabalho realizado na unidade e o estresse dela advindo constituem como uma forma de violência.

Ela pode chegar também como uma cobrança pelo próprio gestor em cima da otimização do trabalho [...] a forma como chega pra gente. [...] levando você a ficar estressado, a piorar seu quadro de saúde. Isso também é uma violência (E1)

Ao discorrer sobre a importância da comunicação para a autonomia dos sujeitos, Melo¹⁶ afirma que essa competência deve ser recuperada em cada espaço. Para a autora, a ação comunicativa é definida como uma interação isenta de uma força de coerção, em que acontece uma situação de reconhecimento recíproco entre os comunicantes, fortalecendo a condição de sujeitos competentes, dentro de uma interação intersubjetiva mediada pela linguagem. A violência seria, portanto, qualquer situação em que o ator social perde esse reconhecimento de sujeito competente, mediante uso do poder, da força física ou de qualquer outro meio de coerção, sendo conseqüentemente rebaixado à condição de objeto. Para ela,

[...] a colonização do mundo da vida nada mais é do que a perda generalizada dessa condição (de sujeito): é, portanto, violência por si própria, que gera mais violência, que, por sua vez, substitui mais ainda processos comunicativos de coordenação da ação.¹⁶

Preparo para lidar com a violência

Os entrevistados se definiram como preparados, não preparados e mais ou menos preparados para lidar com a violência. No primeiro grupo, o preparo foi atribuído a diferentes motivos, entre eles, a maturidade profissional, a formação familiar e humana, a habilidades pessoais, o fato de morar na comunidade e a realização de curso de qualificação.

[...] Como eu tenho 10 anos que estou aqui agora estou tendo mais maturidade para mexer com isso (violência). No começo achei muito estranho. (AE1)

[...] O que eu sei lidar com as situações que aparecem é o que eu aprendi na minha formação humana, de família, mas assim preparo mesmo né de curso de autodefesa não tive. (CD1)

Alguns profissionais, todos eles agentes de saúde, associaram seu preparo para lidar com a violência ao fato de morarem na comunidade. Isso demonstra que, conhecer o dia a dia da comunidade e vivenciar situações cotidianas de violência pode ser um facilitador para lidar com o tema. O mesmo não acontece com os profissionais externos à comunidade, os quais, por não vivenciarem seu cotidiano, não estão preparados para lidar com a violência.

[...] Tem aquele vínculo com as famílias. Acaba criando amizade com o chefe do tráfico, amizade assim, de eles te conhecerem por que você vai na casa dele. Eles não fazem nada aqui com a gente no centro de saúde. (A9)

Como moro na comunidade a cada dia tem uma situação que passa por ela e acaba aprendendo a lidar com a situação. [...] de certa maneira acaba aprendendo a viver com isso. (A12)

[...] pra mim as pessoas que trabalham aqui por não morar não estão preparadas. Na minha opinião não estão muito preparados não. (A11)

Além de ser moradora da comunidade e exercer sua função em área de elevado risco, uma profissional associa seu preparo para lidar com a violência ao respeito mútuo que construiu com a comunidade:

Eu trabalho em área de trafico. [...] Então assim eu aprendi a trabalhar neste sentido, eu ter o respeito por eles e eles me respeitarem como agente de saúde. (A6)

Observou-se que os profissionais que lidam em áreas de risco muito elevado e elevado sentiam-se mais preparados que aqueles atuantes em área de baixo risco.

Alguns profissionais associaram seu preparo às suas habilidades pessoais, tais como, paciência, jogo de cintura e humildade. Para eles, a capacidade de mediação de conflitos é um facilitador importante e, assim, se sentiam preparados para lidar com a violência utilizando estas habilidades e posturas.

Dentro das limitações que temos sim. [...] A gente procura sempre tratar a pessoa bem e ter cuidado de não achar sempre que a gente está certo.[...] (M2)

No meu jeito de ser eu até contorno muitas vezes porque eu tenho paciência, tenho um pouco de jogo de cintura com isso. [...] A gente tem que ter paciência [...] se você for agir com a mesma violência que a pessoa vem, verbal ou até intimando, a gente parte pra briga. (AE4)

Outros depoentes evidenciaram a importância do diálogo, do conhecimento e da informação na abordagem da violência.

Sim, questão de conversa e orientação [...] acredito que diminui (a violência) um pouco. (AE6)

A gente é preparado, né. [...] Porque a gente fica sempre orientando conversando com eles, procura saber sobre a família. (A10)

No segundo grupo, os profissionais declararam não se sentirem preparados para lidar com a violência. Alguns não apresentaram outras considerações acerca da questão e outros reforçaram a necessidade de qualificação para o enfrentamento do tema. Há

também os que não acreditam ser possível estar preparado, independentemente dos aportes recebidos.

Acho que, violência todos nos carecemos de mais preparo. (M3)

Olha, estudo, aprendizado melhor é sempre bom. (M1)

Não, nunca estamos. Acho que qualquer pessoa de sã consciência nunca está preparada para trabalhar com a violência, a não ser que ela seja uma pessoa violenta. (E2)

Os profissionais acima exercem suas atividades em áreas de vulnerabilidade diferenciadas, o que demonstra que, independente da vulnerabilidade da área de abrangência do CS alguns profissionais não se sentem preparados.

Ainda neste grupo, entrevistados destacaram a complexidade e a imprevisibilidade que acompanham o tema.

[...] Não me sinto porque a violência, ela vem assim de várias formas e às vezes vem de uma forma que não é acostumada a lidar com aquilo. Às vezes vem de uma forma tão agressiva que a gente não tem condições nem capacidade. [...] então eu não me sinto preparada para lidar com violência (AE2)

A imprevisibilidade do cotidiano dos serviços de saúde foi apontada como um fator que coloca em xeque o preparo dos profissionais para lidar com a violência. Assim, mesmo aqueles que se sentem preparados podem se deparar com situações nas quais esse preparo é insuficiente. Acredita-se que, pelo fato de o CS ser uma porta aberta, representando o primeiro contato do usuário com o serviço, ele está sujeito à ocorrência de todo tipo de situação, um desafio constante para os profissionais que lá atuam.

[...] Acho que o pessoal não está preparado. [...]. Acho que ninguém está preparado. Você até acha que está, mas se tiver situação fica meio que assustado. [...] na hora não sabe como lidar. (ASB 1)

Na realidade a gente tem que ir se adaptando pra passar pela violência, pois a gente nunca sabe a hora que ela chega. Ela pode chegar por um deslize seu, ser mal interpretada pelo usuário. [...] Você chega e fica estressado o tempo todo: [...] nossa vai acontecer. (E2)

A percepção desse grupo está mais próxima do encontrado na literatura, por exemplo, Pedrosa e Spink¹⁷ concluem pela existência de uma lacuna na formação dos profissionais de serviços de saúde, que se constitui como um dificultador para que eles possam lidar, corretamente com a violência, o mesmo ocorrendo com Araújo, Cruz e Rocha,¹⁸ em estudo sobre a abordagem a violência na velhice.

O terceiro grupo de profissionais se declarou mais ou menos preparado para lidar com a violência e chegam mesmo a considerá-la “normal” para os dias de hoje,

Ah! mais ou menos (preparada). Acontece que ela (violência) tá muito grande. A gente fica com medo. Não é fácil. (A1)

Um pouco sim um pouco não (preparada). Tem hora que a violência me assusta [...]a gente vai vendo tanta violência verbal tantas coisas, tanto desacato, que você vai ficando assim, isso é normal (AE5)

Ações desenvolvidas na abordagem da violência

Ações para a abordagem da violência foram mencionadas por praticamente todos os trabalhadores entrevistados, mas reconheceram que as realizam dentro das ações rotineiras da equipe, quer seja pela escuta qualificada, pela observação durante os atendimentos, ou mesmo, por ocasião da visita domiciliar.

Ações diretas (sobre violência) não realizamos [...], mas sempre que podemos assim em grupos operativos, sempre estamos falando, sobre algo de violência que precisa ser denunciada, precisa ser conversada, que ninguém vai ser exposto. [...] Acolhimento também quando a gente [...] ta sozinho com a pessoa. Chega caso de estupro de alguma coisa. A gente sempre orienta [...] (AE5)

Além de identificar ações realizadas pela equipe, os profissionais relatam que a abordagem da violência se dá em momentos distintos no processo de trabalho, quais sejam: no acolhimento; na escuta das queixas; no atendimento clínico, com orientação durante as consultas; nos grupos operativos, com destaque para o de planejamento familiar. Relataram também, intervenções presentes nas reuniões de equipe e de matriciamento. A identificação da violência leva ao encaminhamento para outros profissionais da equipe, em especial o assistente social.

Eu sei que tem grupo de prevenção, DST e tudo, planejamento familiar eu imagino que abordam a violência conjugal. [...] (M1)

[...] A gente discute muito, a gente tem reunião matriciamento, a gente vê, a gente atende [...] Todo mês cada equipe tem o matriciamento então envolve demais os adolescentes, sujeitos a tanta coisa. Eles fazem tanta coisa, latrocínio mesmo, a gente fica olhando assim. Então a gente neste caso desenvolve assim através reuniões com matriciamento. (AE2)

[...]Ai se tiver algo anormal a gente comunica para a equipe, providencias são tomadas, passa para a assistente social. (A10)

A possibilidade de detecção da violência por meio da realização da visita domiciliar foi apontada como integrante do rol de ações desenvolvidas pelos profissionais. Nela, tem-se a oportunidade de identificar situações sugestivas de violência.

Como a gente trabalha diretamente com as famílias, entra no cotidiano delas ne, a proximidade é muito grande.[...] A gente começa atendendo um paciente [...] quando se vê abordou a família inteira. [...] Acho que o papel é de detecção mesmo [...] às vezes fica várias formas de violência ali camufladas. [...] (CD1)

O olhar cuidadoso e atento ao atender um usuário frequente, também possibilita a identificação de situações de violência.

Eu acho que consigo perceber às vezes uma criança que vem muitas vezes. Um idoso eu sempre olho, vem medir a pressão vejo um hematoma, sei que a pele é fina. Ai eu pergunto senhor está caindo? [...] tem acompanhante e vê que fica desconfortável. O corpo fala né? Ai você desconfia que tem alguma coisa. (M1)

Ah! com certeza. Acho que o grande ganho nisto é o trabalho que a gente faz humanização do atendimento com idosos na área. [...] (E2)

A Política Nacional de Atenção Básica¹⁹ determina as atribuições gerais dos profissionais da ESF e delimita as ações por categorias profissionais. Contudo, não se observa na política nenhuma diretriz específica para a abordagem da violência à exceção de algumas ações a serem realizadas no âmbito do Programa de Saúde na Escola. Acredita-se que a SF e o consequente vínculo profissional/usuário dela decorrente, constituem-se como possibilidades de abordagem do tema da violência entre os profissionais e a comunidade. Tais evidências são demonstradas no estudo sobre saúde e violência de gênero desenvolvido por Franzoi, Fonseca e Guedes.²⁰

Considerando a diversidade de ações atribuídas às ESF, um entrevistado destacou a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e a falta de perfil destes para atuar na SF, como dificultadores não só para a realização de ações que contemplem a violência como para que a mesma integre a agenda das equipes.

Um pouco a gente já faz, que é lidar com alcoolismo. [...] fala sobre agravo do alcoolismo, mas não trata direto sobre a violência. Mas eu acho que é muita coisa para o PSF. A gente não tem perna pra isso [...] falta funcionário, não tem funcionário com perfil de PSF [...] [...] Eu acho o PSF muito bonito, mas ele tem que sair do papel e o enfrentamento da violência tem que ser tema mesmo. (AE4)

Essa mesma percepção de sobrecarga de trabalho foi demonstrada no estudo de Ferreira *et al.*¹⁰ cujos entrevistados afirmaram que o papel do profissional seria detectar os casos de violência e orientar os usuários sobre o que fazer, o que é comprometido pela excessiva carga de trabalho.

Papel do Centro de Saúde e a violência

Sobre o papel do CS no enfrentamento da violência, os entrevistados apontaram diferentes possibilidades, quais sejam: promoção da saúde; informação, acolhimento; amparo aos usuários; prevenção da violência; detecção de casos de violência; sendo também como um lugar de denúncia e orientação.

Acho que o centro de saúde, por ser centro de atenção primária, ele promove a saúde, mas acho que junto com a saúde vem a informação, vem acolhimento, escuta das queixas. Acho que o centro de saúde tem esse papel de amparar de certa forma, dar esta primeira atenção. (M3)

Acho que é preventivo (o papel). [...] A questão nossa da saúde é a prevenção. Se eu estou vendo que tem criança em risco ou idoso, eu vou alertando, fazendo visita [...](A9)

Criança que estava sendo ameaçada. A gente ficou sabendo e conseguiu prevenir pra que não acontecesse [...] (A10)

Depois que aconteceu o ato tem de tentar encaixar no que a gente pode ajudar. Orientar ela a estar buscando seus meios [...] (A9)

No caso se houve necessidade de denúncia contra caso de violência do idoso [...] eu acho que o papel do CS é esse. (A2)

Para os entrevistados a promoção da saúde é um processo inerente à atenção primária e sua plena realização pode contribuir para a redução da violência. A promoção da saúde no âmbito da ESF possibilita a melhora da qualidade de vida das pessoas e a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados com os modos de viver de uma população adscrita à equipe. Consequentemente interfere diretamente na prevenção da violência. Segundo Melo,¹⁷ ela (Política de Promoção da Saúde) contribui para a prevenção de acidentes e violências na perspectiva do desenvolvimento sustentável; da mobilidade e acessibilidade humana, sustentável e com segurança; da promoção de ambientes, comportamentos e hábitos seguros e saudáveis para a população, procurando intervir sobre os fatores de risco e de proteção para violências e acidentes e sobre os modos e condições de vida.

Houve, contudo, quem achasse que apenas a doença seria objeto do setor saúde, ou que não há um papel definido para o CS no enfrentamento da violência:

Acho que acolher (o usuário em situação violência), mas não acho que a saúde tem muito o que fazer não. Saúde tem a ver com doença e pronto. (A8)

[...] eu não ouço falar muito neste tema. Não tem papel nenhum. (A7)

É mais no sentido de não ter mesmo papel [...]. (A4)

[...] o papel não ta existindo. Primeiro porque ficou todo mundo refém agora pior ainda do ambiente. [...]. (E1)

Não é papel da saúde. A saúde tinha andar de braço dado com a segurança e o jurídico. A Polícia Militar que tinha fazer palestras. (E3)

Possibilidade de prevenção da violência

As respostas dos entrevistados à indagação sobre se é possível prevenir a violência, podem ser classificadas em três grupos: possível, parcialmente possível e impossível. A maioria dos entrevistados situou-se no primeiro grupo, apontando, contudo, diferentes atores e meios para fazê-lo. Entre os atores foram apontadas as autoridades, o governo e as polícias civil e militar. Interessante notar a não inclusão da saúde entre eles.

Entre os meios foram elencados o combate ao desemprego e às drogas, com ênfase para esta última; a realização de ações educativas e de conscientização e a boa relação profissional usuário. Entenderam ainda, ser possível a prevenção da violência, na medida em que outros setores estivessem envolvidos:

É possível sim. [...] as autoridades competentes sabem que tem condição para isto. Nos não temos né. (AE2)

É possível. Na verdade, quem pode mesmo combater a violência é a polícia militar ou polícia civil, mas quando você precisa deles eles não estão prontos a fazer o serviço deles. (A6)

Acho que sim, mas não depende da gente. É coisa do governo. Violência tá ligada ao desemprego a drogas e [...] a gente não tem o que fazer. (A8)

Acho que um dia vai ser possível, mas agora não. (A17)

Sim. [...] perante as drogas, com grupos de abordagem, falar sobre as drogas, consequência das drogas. (AE6)

Droga está uma epidemia realmente. Falta política pública no geral em todas as instâncias [...] Você conseguir colocar um drogadito numa clinica pelo serviço publico fica muito difícil quase impossível conseguir. (M1)

Um maior investimento e maior capacitação dos jovens de forma a guiá-los para uma profissão e com isso impedi-los de se inserir em atividades ilícitas foi apontado como sugestão para o combate da violência.

Tem jeito de combater a violência sim, se tivesse investimento melhor ou capacitação melhor nestes jovens entendeu? Porque o traficante precisa de um menor. Porque o menor não da nada pra ele né. (A6)

Tal afirmação está em consonância com a afirmativa de Minayo e Souza,¹³ que apontam a preponderância do narcotráfico nas comunidades carentes como um fator relevante para a disseminação da violência.

Foi ressaltada a educação como um importante instrumento para a prevenção e

combate à violência. Educação esta, vista como relegada e, que para ser eficiente, deveria ser provida desde a infância, ao mesmo tempo em que deve haver investimento na escola pública no sentido de diminuir as desigualdades.

Com educação né, nas escolas eu acho que tem que tem que começar desde cedo. (A1)

[...] estamos caminhando a passos largos para perder o que temos mais essência; que é a educação. Eu acho que a educação é princípio da pirâmide que vai construir mundo melhor pra todo mundo. [...] Se é possível? Eu acho que é possível, mas desde que esteja ligado também a base que é a educação. [...] (CD1)

Acho que com muita educação mesmo. [...] Enquanto tiver essa diferença de favela, classe média, escola publica. Sem fortalecer a escola publica fica difícil. (A12)

Ainda no que tange à educação, foi destacada a educação em saúde, presente nos programas educativos desenvolvidos pelos serviços de saúde e nas ações da equipe na unidade e no domicílio.

É um ponto importante pra gente prevenir [...]. No pré natal, na abordagem de salão, nas visitas domiciliares, na orientação nas escolas das crianças sobre violência em geral .Mas a educação escolar tinha que ter dentro da escola matéria especifica.(AE4)

É possível prevenir violência sim. A gente previne violência com ações de educação em saúde. [...]a gente tem tido muita dificuldade, mas [...] quando consegue fazê-lo a gente vê o resultado. (E1)

Esses achados estão em consonância com a discussão travada por Melo,¹⁷ a qual afirma que a educação da população é imprescindível para o sucesso das políticas de prevenção à violência.

Apesar da crise do nosso sistema educacional, mudanças no quadro social passam necessariamente pela educação e a escola ainda é uma instituição forte, em que estão projetadas as perspectivas de crescimento de todas as classes sociais. E os adolescentes estão lá. Estabelecer parcerias no sentido de potencializar os objetivos educacionais da escola é uma das diretrizes desta proposta, que reconhece na educação o terreno propício a uma atuação de caráter preventivo, comprometida com o desenvolvimento do ser humano e a construção de um mundo melhor.

A boa relação com o usuário, seu acolhimento e valorização, são aspectos apontados como importantes na prevenção da violência. A prevenção pode se dar por meio do diálogo, da informação, da negociação, de uma postura humilde, da escuta e da valorização do usuário.

Prevenir, eu acho que sim. O jeito que trata o usuário, da forma que trata [...] acho que tudo é conversado. Você tem saber tratar o usuário. O diálogo é a melhor coisa (ASB1)

Eu acho que é possível. É preciso aumentar a informação ao usuário. Deixar o paciente falar também. Negociar mais.. (E3)

A gente tem que entender porque a gente estudou temos que ser mais humildes, ter a linguagem dele. [...]Ele tem que sair sentindo que foi valorizado, tratado com consideração. Não é descarte. (M2)

Eu acho que sim. [...] saber lidar com ela, controlar a situação, amenizar, conversar com tranquilidade, quando pessoa vier agressiva você esta mais calma para receber ela. [...] (AE1)

O segundo grupo de entrevistados entendeu que é parcialmente possível prevenir a violência, relacionando essa parcialidade às características da população vinculada ao CS e à violência presente na comunidade. Destacaram ainda que, o que se faz na unidade de saúde é pouco diante da complexidade do problema.

Olha em alguns casos o sim, outros não. Alguns poucos casos sim, mas a maioria das vezes acho que não pela população que a gente lida. (AE5)

Aqui dentro não tenho como prevenir se estou em situação de stress e ativa o gatilho do stress [...] Há como prevenir? Há. Mas o que a gente faz aqui é muito pouco[...] (AE2)

Apenas dois profissionais responderam ser impossível prevenir a violência, compondo o terceiro grupo. Esta impossibilidade foi relacionada à imprevisibilidade da violência e à violência existente na comunidade.

Não (não é possível prevenir) [...] aqui no bairro acho que não. Aqui é muito violento. (A11)

Acho que não. A gente nunca sabe quando ela acontece. [...]. Não tem como prevenir. A gente nunca sabe o temperamento da pessoa muda de uma hora pra outra. (A5)

Considerações finais

A violência é um fenômeno complexo que afeta todas as pessoas, tem múltiplas causas, sofre a interferência de fatores sociais e culturais e tem aumentado tanto em âmbito nacional como internacional, sendo reconhecida como questão social e de saúde pública. Contudo, historicamente, a violência foi tratada no âmbito do direito criminal e da segurança pública, o que provavelmente adiou a discussão acerca do estabelecimento da relação violência e saúde.

A inserção do tema da violência na saúde representa um desafio para a organização dos serviços, em especial a Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do sistema, bem como para os profissionais que nela atuam. A APS, por meio da Estratégia da Saúde da Família tem a seu encargo, entre outras questões, o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde, tratamento e reabilitação de agravos, aí incluídos os decorrentes das situações de violência. Os profissionais atuantes na APS estão diretamente envolvidos no atendimento à violência, envolvendo este, oportunizado pela territorialidade, pela sua

proximidade com os usuários e pela proposta de implantação de uma atenção integrada e humanizada à população, aí incluídas as vítimas de violência.

Este trabalho demonstrou que os profissionais da APS/BH perceberam a violência como uma condição complexa, de difícil abordagem, conferindo a ela múltiplas formas, tipos e conceituações. Contudo, a despeito de alguns terem se declarado despreparados para lidar com a violência, todos afirmaram desenvolver, em seu cotidiano, ações para a abordagem da mesma, num entendimento de que, lidar com esta questão, também é papel do Centro de Saúde. A prevenção da violência foi entendida como possível, sendo esta, uma atribuição de diferentes atores e propostas – governo, polícia, políticas públicas de combate ao desemprego e às drogas, ações educativas e de conscientização e da melhor relação profissional /usuário. Não foram identificadas diferenças no que se refere ao índice de vulnerabilidade dos CS estudados, o que indica a existência de violência em todos os estratos sociais. Entretanto, os profissionais que atuam em área de risco elevado ou muito elevado se sentem mais preparados para lidar com a violência. A singularidade das unidades em relação à vulnerabilidade do território tanto para a educação permanente como para o processo de trabalho, deve ser considerada, no intuito de se propor, processos de capacitação adequados, que possam preparar os profissionais atuantes na APS, para lidar com situações de violência presentes em seu cotidiano.

Referências

1. World Health Organization. Violence Prevention. The Evidence. WHO;2010
2. WAISELFISZ, J. J. Violência Letal contra Crianças e Adolescentes no Brasil. Brasil: FLACSO, 2015.
3. SILVA, B. F. A.; BEATO FILHO, C. C. Ecologia social do medo: avaliando a associação entre contexto de bairro e medo de crime. **Rev. Bras. Estud. Popul**, v. 30, supl., p. 155-170, 2013.
4. KRUG, E. G. et al. (Ed). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.
5. MALTA, Deborah Carvalho et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.1, p. 45-55, 2007.
6. REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C. L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 595-603, 2006.
7. GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero, **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-11, 2013.
8. GOMES, N. P. et al. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, n. 3, p.789-796, set. 2013.
9. TURCI, M. A. (Org.) **Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde: HMP Comunicação. 2008. 432 p.
10. FERREIRA, M. J. et al. **Relato da experiência vivenciada em Belo Horizonte com as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Saúde**, 2011. Disponível em: <portalpbh.pbh.gov.br/ecp/files.do artigo oficinas>. Acesso em: 07 jun. 2014.
11. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

12. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.1995.
13. MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. de: Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997 - fev. 1998.
14. WHO. World report on violence and health. World Health Organization, 2002.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violencia Intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
16. MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**. Brasília: OPAS, 2010.
17. PEDROSA, C. L.; SPINK, M. J, P. A violência contra mulher no cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.1, p. 124-135, 2011.
18. ARAÚJO, L. F., CRUZ, E. A., ROCHA, R. A. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 203-212, 2013.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
20. FRANZOI, N. M.; FONSECA, R. M.G. S.; GUEDES, R. N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, [telas] maio-jun. 2011.

Atuação dos profissionais de saúde da atenção básica frente à violência no território: aspectos observados em um município mineiro de médio porte

Renata Cristina de Souza Ramos
Antônio Leite Alves Radicchi
Doriana Ozolio Alves Rosa
Elza Machado de Melo

Resumo

Este estudo avalia a percepção dos profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde em relação à temática da violência e seu enfrentamento. Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa, que utilizou como instrumento de coleta de informação um questionário semiestruturado, aplicado em profissionais presentes. Os dados de natureza quantitativa foram armazenados em bancos de dados, utilizando-se o software SPSS. Foram analisadas por testes estatísticos, de distribuição de frequência. As questões abertas foram analisadas de forma qualitativa, pelo método hermenêutico-dialético. Concluiu-se que os profissionais reconhecem a violência no cotidiano de suas Unidades de Saúde, mas demonstram dificuldade em desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção.

Palavras-chave: *Violência, Estratégia de Saúde da Família, Promoção de Saúde.*

Apresentação

A Atenção Primária a Saúde (APS) é uma estratégia de organização da saúde, para responder a maior parte das necessidades de saúde das pessoas, aliando ações preventivas e curativas.

Os serviços de saúde organizados em torno do modelo de APS devem ser centrados na família e voltados para as necessidades da comunidade. Assim, devem, obrigatoriamente, ter “competência cultural”, se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades de cada grupo populacional. Entre as características da APS, destacam-se a prestação de serviços de primeiro contato; responsabilidade longitudinal pelo paciente, com estabelecimento de vínculo clínico – paciente ao longo da vida; cuidado integral da saúde; e coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis¹.

O Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo implantado em todo o Brasil como uma importante estratégia para a reordenação da atenção à saúde. Compromete-se em prestar atenção pautada no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade, e desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde. Para isto, necessita de trabalho em equipe multiprofissional, devendo conhecer as famílias do território sob sua abrangência; identificar problemas de saúde e situações de risco desta comunidade; exercer planejamento local com base e imerso na realidade que planeja.

Atualmente, a temática da violência vem assolando a saúde das populações em geral. Os números demonstram crescimento, causando espanto e preocupação.

O foco da saúde pública é prevenir os problemas de saúde e assegurar a melhor atenção e segurança possível para a população inteira. É, portanto, tratar de doenças, de condições e problemas que afetam a saúde e ajudar a fornecer o máximo benefício para o maior número de pessoas. Se a violência já atingiu números tão expressivos, tornou-se um problema de saúde pública, e por isso entrou na agenda do setor saúde no Brasil e no mundo. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), afirmou: *em todo o mundo a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de saúde pública*².

Os números indicam a dimensão do problema, pois as causas de mortalidade, denominadas como causas externas, de crianças e adolescentes, vêm crescendo de forma assustadora nas últimas décadas. O Brasil conseguiu avançar em vários aspectos ligados à saúde, como, por exemplo, em vacinação e no combate à desnutrição, salvando suas crianças de várias doenças e de mortes naturais. No entanto, vem perdendo-as para a violência, que passa a ser a maior fonte de letalidade das crianças e jovens brasileiros.

O setor saúde, pelo imperativo do cuidado na perspectiva da integralidade,

necessita incluir a temática da violência no seu cotidiano, não apenas pela perspectiva do cuidado às vítimas, mas também na perspectiva da prevenção e da promoção à saúde.

Os profissionais de saúde recebem várias situações no serviço derivadas dos distintos modos de violência. A capacidade dos profissionais em acolher as queixas ligadas a situações de violência depende da capacidade de trabalhar com o conceito ampliado de saúde-doença, e de ir além do paradigma biomédico, percebendo o usuário de forma abrangente.

O presente estudo tem o objetivo central de verificar o conhecimento dos profissionais integrantes das equipes de saúde da família e as condições definidoras e norteadoras de suas práticas sanitárias acerca da temática da violência, tendo por referência a ação do Programa Saúde da Família no Município de Ribeirão das Neves, Estado de Minas Gerais, Brasil.

Situado na região metropolitana, o Município é considerado de médio porte, com uma população de 296.317 habitantes³. Possui 74 equipamentos públicos de saúde, distribuídos entre os serviços de vigilância em saúde, assistência farmacêutica, saúde mental, laboratório de análises clínicas, um hospital, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), cinco Unidades Básicas de Referência, 53 equipes de Saúde da Família (ESF)⁴.

Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa, que utilizou como metodologia a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais das ESF e Centros de Referência do município de Ribeirão das Neves, perfazendo o total de 58 Unidades de Saúde.

As entrevistas foram realizadas por discentes e docentes do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, e por graduandos do curso de medicina. Foram submetidos à pesquisa aqueles profissionais que estavam presentes na unidade no momento da entrevista, utilizando questionário autoaplicável. Adotou-se como critério de inclusão ter atuação há pelo menos um ano na unidade.

Foi utilizado questionário semiestruturado, elaborados pela equipe, a partir de subsídios da literatura atualizada sobre o tema e de modelos de instrumentos disponíveis, já testados e utilizados, especialmente, a Pesquisa Nacional de Saúde e questionários sobre violência da OMS.

Para a execução desta pesquisa, foram observadas as orientações preconizadas na resolução Nº 196/2012 que envolve seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, COEP/

UFMG sob o número 01140812.1.00005149. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, após serem orientados.

Os dados de natureza quantitativa foram armazenados em bancos de dados, utilizando-se o *software* SPSS. Para esses dados, foi feita análise estatística descritiva. As questões abertas foram analisadas de forma qualitativa, pelo método hermenêutico-dialético, em que a análise é feita a partir do diálogo entre os dados empíricos gerados no estudo e as premissas teóricas adotadas. A análise qualitativa, segundo Minayo⁵, “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos, e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis”⁵

Ainda segundo Minayo⁶,

[...] o método hermenêutico dialético [...] é o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Ele coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida [...]

Foi realizada a técnica de análise de conteúdo, que consiste em um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes), extremamente diversificados⁸. Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, e procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. Optou-se pela análise de conteúdo de tipo classificatório, clássico, com quadro categorial privilegiando a repetição dos temas das entrevistas, após leitura exaustiva do material, para eleição das categorias. Entende-se aqui por categorização, “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”⁸. Foram eleitas as categorias apresentadas no Quadro 1 que englobam os principais aspectos acerca da inclusão da temática da violência no cotidiano das equipes.

Quadro 1 - Categorias de análise

| PROBLEMÁTICA | CATEGORIAS |
|---|--|
| Percepção do profissional quanto a função da Unidade de desenvolver ações de prevenção da violência | Transferência de responsabilidade para outros setores Ações de prevenção da violência |
| Abordagem da violência | Dificultadores: descrença, ênfase na repressão Melhor forma de abordagem da Violência |

A seguir, são apresentados os resultados quantitativos. Os resultados qualitativos serão apresentados junto à discussão.

Resultados

Foram aplicados 316 questionários aos profissionais presentes no momento da pesquisa, nas 58 Unidades de Saúde, isto é, Centros e Referência e Unidades de Saúde da Família, do município de Ribeirão das Neves.

Analisando questões que apontam as relações que os profissionais entrevistados possuem com a temática da violência, foi possível levantar alguns pontos que merecem ser destacados. A notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências tornou-se obrigatória, regulamentada pela Portaria Nº 104, de 25/01/2011, que inclui a violência na relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional⁹. No entanto, na prática, ainda há uma dificuldade dos profissionais em realizarem a notificação.

A análise dos dados das entrevistas evidenciou que, mesmo quando a vítima ou o responsável declara para o profissional de saúde que sofreu violência, apenas 33,2% fazem a notificação sempre, enquanto 33,5% nunca fazem. Sobre os demais entrevistados, 4,7% fazem a notificação quase sempre, 9,5% às vezes, 6,3% raramente, e o restante não respondeu.

Quando há suspeita de violência, os números caem ainda mais, pois apenas 21,8% dos entrevistados informaram que notificam sempre, contrastando com 40,5% que nunca notificam; 7,3% quase sempre, 7,9% às vezes, 9,5% raramente, 13% não respondeu.

Fica evidente que não adianta apenas implementar leis, faz-se necessário a sensibilização dos profissionais para que estejam atentos a casos de violência que porventura possam chegar aos diversos atendimentos, realizando os procedimentos necessários e a notificação, pois esta contribui para o dimensionamento epidemiológico, permitindo o desenvolvimento de ações específicas.

Apesar de a subnotificação ser uma realidade, chama a atenção o quanto que o fenômeno da violência é presente. Entre os entrevistados, 58,2% afirmam ter conhecido alguém que foi assassinado no bairro ou na vizinhança. Levando em consideração que esta é uma das faces da violência, por sinal, uma das mais impactantes, pois além das vítimas, reflete também nas famílias, é possível inferir que há muitas outras formas de violência permeando o território das unidades de saúde pesquisadas.

Em relação à prevenção da violência, 80,7% acreditam ser possível prevenir, enquanto 4,4% não acredita e 13,6% não sabe. Uma parcela de 76% dos profissionais entrevistados acredita que faz parte das funções da unidade desenvolver algum tipo de prevenção da violência, contrastando com 18% que não acredita. Os profissionais consideram a prevenção da violência como algo que deve ser incluído nas atividades

das ESF. No entanto, quando há o questionamento se a Unidade de Saúde desenvolve ações de prevenção da violência, apenas 38,6% o fazem, enquanto 55,4% não o fazem, demonstrando um distanciamento entre o que é preconizado e a prática.

Ocorre também um desconhecimento do território no qual as Unidades de Saúde estão inseridas, levando a sugerir que não possuem um diagnóstico da situação da comunidade. Exemplo disso é que apenas 38% dos profissionais entrevistados conhecem algum movimento ou iniciativa voltados para a abordagem da violência que atue na região e 58,9% não conhece. Isto leva a supor que esse tema ainda não está na agenda dos profissionais, principalmente porque metade da amostra é de agentes comunitários de saúde (ACS), que reside na região. Quando se trata da participação das equipes de saúde com ações e projetos de abordagem da violência, esse índice cai ainda mais, pois apenas 26,9% participam e 47,2% não participam. O desenvolvimento de ações intersetoriais, a busca de parceiros na comunidade, ainda ocorre de forma incipiente.

Discussão

Categoria 1: Transferência de responsabilidade para outros setores

[...] Aqui na comunidade é complicado abordar isso [...] (Médico- ESF).

[...] É função da Secretaria de Segurança Pública [...] (Enfermeiro ESF).

[...] Nós já temos coisas demais para mexer com isso [...] (Enfermeiro ESF).

Os profissionais não introjetaram no cotidiano de suas ações as premissas da Atenção Primária e o importante papel que possuem frente ao desenvolvimento de melhoria nos determinantes sociais ou no modo de vida das pessoas. MORAIS NETO e CASTRO¹⁰ apontam que:

Produzir saúde numa perspectiva de construção de qualidade de vida e de emancipação dos sujeitos implica em rever os modos de organização dos serviços de atenção à saúde e na articulação com outros serviços e políticas sociais de forma a interferir nos determinantes sociais da saúde, nas condições de vida e nos comportamentos e modos de vida dos indivíduos e coletivos que podem propiciar saúde e bem-estar ou processos de dor e sofrimento que deterioram a saúde¹⁰.

Percebe-se também um desconforto do profissional quanto ao desequilíbrio do que lhe é exigido. Diante das várias atividades atribuídas aos profissionais de saúde, a realização de ações promotoras de saúde fica em segundo plano. Torna-se essencial construir um modelo de organização de serviços baseado em condições sociopolíticas,

materiais e humanas que viabilize um trabalho de qualidade para os trabalhadores e possibilite um cuidado de qualidade para os usuários. Não atender a essa estrutura é correr o risco de deixar surgir a desmotivação do profissional, bem como desacreditar a proposta diante dos profissionais de saúde e da sociedade¹¹.

Categoria 2: Ações de Prevenção da Violência

Palestras e divulgação de cartazes [...] (Enfermeiro ESF).

Grupos e abordagem do público em geral [...] (ACS ESF).

Foi possível perceber que muitos profissionais entrevistados não desenvolvem ações de prevenção à violência e promoção à saúde, transferindo esta responsabilidade para outros setores, como foi exemplificado na categoria acima. Mas o que também chama a atenção, é que mesmo aqueles que acreditam ser função da Unidade desenvolver tais ações, ainda o fazem de forma muito tímida. A grande maioria concentra-se apenas em um grupo operativo, uma palestra ou uma orientação a quem procura.

Estas ações apontadas pelos profissionais são importantes, mas pouco eficazes no que diz respeito ao impacto na vida das pessoas. É possível verificar que não ocorre a iniciativa de proporcionar espaços de trocas, de conversas, de desenvolvimento de autonomia e busca de novas perspectivas. Ainda não se mobilizam para intervir no cenário que estão inseridos, não fazem uma relação de dualidade com a população de abrangência, buscando empoderamento e responsabilização dos usuários.

Não conseguem fortalecer o protagonismo dos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade na superação de sua condição, perdendo oportunidades únicas, tais como o contato dos usuários com os serviços de saúde e das famílias com os ACS. Realizar ações de prevenção à violência requer muito mais que dar algumas informações, palestras, pois necessita ações muito mais amplas.

Nesse sentido, segundo relatório da OMS², as ações de prevenção precisam:

- a. tratar de fatores de risco individuais e adotar medidas para modificar os comportamentos individuais de risco;
- b. influenciar relacionamentos pessoais próximos e trabalhar para criar ambientes familiares saudáveis, assim como oferecer ajuda profissional e apoio às famílias que apresentam disfunções;
- c. monitorar locais públicos, como escolas, locais de trabalho e bairros, e adotar medidas para tratar de problemas que possam levar à violência;
- d. lidar com os fatores culturais, sociais e econômicos mais abrangentes, que

contribuem para a violência, e adotar medidas para mudá-los, inclusive medidas para acabar com o descompasso entre o rico e o pobre e para garantir um acesso igual a bens, serviços e oportunidades^{2,12}.

Categoria 3: Dificultadores para a abordagem da violência

Não tem forma de acabar com a violência [...] (ACS ESF).

Não há formas, o mundo já é do maligno [...] (Auxiliar de enfermagem ESF).

Extinguir a espécie humana [...] (Médico ESF).

Fica explícito, através dessas falas, um conformismo com a violência que atravessa sociedade, sendo reconhecida como natural e, conseqüentemente, não reconhecendo como problema de saúde pública, passível de ser tratado com estratégias para amenizar a dureza do problema e prevenir que alcance dimensões mais profundas, como recomenda a Organização Mundial de Saúde. Para a OMS, embora a violência esteja presente em todas as sociedades, o mundo não tem que aceitá-la como parte inevitável da condição humana².

Quando as pessoas se encontram descrentes, sem perspectivas de melhoria, elas tendem a estagnar, a acomodar e não buscar alternativas para a resolução dos conflitos. Isto pode trazer uma inércia para os serviços, com profissionais desestimulados, sem propostas de intervenção, favorecendo a continuidade dos problemas.

Há uma tendência das pessoas entrevistadas em enfrentar a violência de forma repressiva, elegendo a punição e a instituição de leis mais rigorosas como a melhor saída para violência.

Leis rígidas, pena rígida [...] (Auxiliar de enfermagem ESF).

Um estado que realmente cuide da segurança, um direito que a constituição me garante, estado realmente atuante, leis mais duras [...] (Enfermeira ESF).

Patrulhamento e guardas em todos os postos de saúde. [...] (ACS ESF).

Punição dos agressores e notificação da parte agredida [...] (Médico ESF).

Os profissionais depositam na Segurança Pública e na Justiça, a responsabilidade para o enfrentamento da violência. Limitar a solução para a violência a um judiciário eficiente, restringindo a intervenções exclusivas da Segurança Pública é dar ao fenômeno da violência um único tratamento, correndo o risco da ineficácia, pois algo tão complexo requer mudanças nas políticas públicas e uma participação maior da sociedade nas discussões. O Ministério da Saúde aponta

[...] A abordagem feita pela justiça criminal para prevenir a violência é a de tentar deter comportamentos potencialmente violentos no nível individual tratando atos violentos com a exacerbação da punição. Num contexto de globalização do crime organizado, corrupção e movimento de bilhões de dólares pelo tráfico de drogas e armas, essa estratégia além de inefetiva tornou-se geradora de violência. Inversamente, a abordagem da saúde pública procura respostas às questões: “por que existem vítimas e perpetradores de violência? Quais são as causas dos diferentes tipos de violência? Como os diferentes tipos de violência variam de um contexto para outro? Como podemos utilizar o conhecimento gerado pelos dados para reduzir a frequência com que as pessoas usam a violência contra outros? A abordagem da saúde pública é interdisciplinar e baseada na ciência [...]”¹³.

Desta maneira, é muito importante ampliar as intervenções para além da justiça ou da segurança, convocando cada um para contribuir de alguma forma, aliando forças de todos os setores, pois o enfrentamento da violência demanda intervenções plurais.

Categoria 4: Melhor Forma de Abordar a Violência

Começando na educação recebida em casa, na escola [...] (Enfermeira).

Cuidando melhor de nossas crianças [...] (ACS ESF).

Investindo em escolas de qualidade, investindo nas crianças e nos adolescentes, investindo na educação [...] (Auxiliar de enfermagem).

A educação se constitui como direito de todo ser humano. A Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional, afirma que “é direito de todo ser humano o acesso à educação básica”, assim como a Declaração Universal dos Direitos Humanos que estabelece que toda pessoa tem direito à educação.^{14,15}

O investimento em educação significa investimento em qualidade de vida. Escolas de qualidade têm o poder de influenciar positivamente as pessoas.

A educação está intimamente relacionada ao controle dos níveis de violência de um país. Na escola, aprendem-se lições que norteiam o comportamento humano para atitudes minimamente toleráveis de forma que seja possível existir vida em sociedade. Assim enfatizam Da Matta et al.¹⁶:

Se os homens se falam, entendem-se. Vale dizer: se os recursos de mediação, se os instrumentos de mediação são acionados, o mundo continua seguro e tranquilo. Mas se uma pessoa abre mão disto, a realidade se transforma. Assim, o violento é o direto, a ação que dispensando intermediários age numa relação direta dos meios com os fins, sem consideração de quaisquer outras ordens. Quer dizer, meios e fins aqui não têm nenhuma legitimação porquanto não são mediatizados

nem pela moralidade nem pelas leis. Deste modo, se quero, tomo; se desejo, estupro; se não possuo, roubo; se odeio, assassino; se sou contrariado, espanco. É a força bruta como instrumento direto que conta na violência, não o uso de um elemento intermediário como o costume, a palavras, o amigo ou a lei¹⁶.

Quando é possível oferecer uma educação realmente de qualidade, esta pode favorecer possibilidades para as pessoas: de compreender, de negociar, de argumentar e de aquisição de vários recursos para além da força física para resolução dos problemas.

As desigualdades sociais são apontadas por alguns como tendo um importante papel no crescimento da violência presente nas sociedades. Por isso, os entrevistados destacam a importância de combatê-la:

Melhorando a qualidade de vida da população, boas escolas, bons locais de recreação, trabalho adequado [...] (Dentista).

Reduzindo a discrepância sociocultural dando oportunidade de emprego e de educação para os cidadãos, melhorando a autoestima e valorização das pessoas [...] (ACS).

O Conselho de Desenvolvimento Social aponta as desigualdades no Brasil como importantes problemas a serem enfrentados na busca de decisões políticas que fomentem a equidade social. Entre as variáveis de inserção social está o nível de escolaridade da população brasileira, que é baixo e desigual¹⁷.

A luta por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida. Isto implica em aumento da renda, no acesso a educação, em transporte público, em lazer, em condições dignas de moradia e vários outros determinantes de saúde que devem estar presente nas principais estratégias de promoção à saúde.

A família também ocupa uma posição de destaque, na opinião dos entrevistados:

Trabalhar desde a infância, agindo na formação da sociedade [...] (Agente de endemias ESF); recuperar as famílias, que tem se perdido [...] (Enfermeiro ESF).

A crença na família como um valor importante e que deve ser preservado aparece no discurso dos entrevistados como um pilar que precisa ser resgatado. É possível perceber neste discurso que as ações de prevenção da violência devem começar a acontecer bem no início da vida das pessoas, atuando desde o nascimento e buscando promover o fortalecimento de laços familiares.

As crianças, mesmo antes de nascer, precisam de condições favoráveis para se desenvolver. As características do ambiente em que vive vão influenciar, favorecendo ou dificultando, o desenvolvimento de suas potencialidades. Algumas circunstâncias da vida,

as características do lugar onde é criada, de sua família e do próprio indivíduo podem deixá-lo mais vulneráveis, dando margem para que a violência ocorra; ou, ao contrário, podem torná-los mais protegidos, dificultando a ocorrência da violência¹⁷.

Cuidar para que desde a gestação possa se estabelecer condições favoráveis para o nascimento e crescimento das crianças, é, portanto, investir em um futuro melhor. Desta forma, o acompanhamento qualificado do pré-natal e da saúde materno-infantil é o recurso que mais pode oferecer apoio, suporte e proteção para a criança e sua família. O profissional da saúde deve adotar estratégias que podem fortalecer o vínculo da família com o bebê antes e depois do nascimento e orientar as famílias sobre as formas de educar e de se relacionarem com os filhos^{17,18}.

O profissional de saúde pode fazer muita diferença em relação a uma família, se durante os seus atendimentos estiver atento e disposto a ampliar o seu olhar para a dinâmica familiar. Aproveitar os momentos para orientar, avaliar riscos, propor alternativas, e até interromper ciclos que podem trazer prejuízos ou vulnerabilidades.

Alguns entrevistados elegem a religiosidade e relação estabelecida com Deus como a melhor forma de combater a violência, demonstrando a fé como possibilidade de intervenção.

Levar a palavra de Deus para cada um da face da terra e dizer que há jeito para os problemas de nossa vida. [...] (Auxiliar de Enfermagem).

Ter uma religião [...] (Enfermeiro ESF).

De acordo com Libânio “A religião teve e tem uma força reconciliadora. Busca respostas para as perguntas fundamentais da humanidade a respeito de sua existência: de onde viemos, por que estamos nesta vida e para onde vamos além da morte?”¹⁹

Ainda segundo Libânio, “A sabedoria popular repete com frequência, ao presenciar ou se inteirar de algum crime: falta religião. Vê na carência de religião a origem do crime. Significa que há uma percepção do povo da força libertadora que ela tem”¹⁹. Em muitos casos, a religião ou a fé é uma saída para o enfrentamento da violência, fazendo com que as pessoas possam estabelecer outros tipos de relação, para além da violência. “As práticas religiosas preenchem o vazio interior, ordenam a confusão mental, saciam o real desejo do mistério, acalmam e serenam as pessoas, reconciliando-as consigo e, daí, com os outros”¹⁹. É como se tivesse o poder de pacificar, de amenizar conflitos, e de ser um fator de proteção para algumas pessoas, servindo como ponto de apoio.

Finalmente, há uma perspectiva de ampliação da abordagem da violência, investindo em concepções e comportamentos de respeito à vida, de rejeição à violência, de ouvir o outro para compreendê-lo, de buscar equilíbrio nas relações, de forma solidária.

Praticando o respeito, a amabilidade de relacionamento [...] (Auxiliar de enfermagem).

Conversar, incentivar as pessoas a criarem redes de apoio [...] (ACS ESF).

Projetos sociais, debates, rodas de conversa. [...] (Médico).

Promoção da paz. [...] (Enfermeiro).

Toda e qualquer ação que tenha como base uma atitude de compreensão é uma forma de valorização da vida, de tentar colocar fim à violência. A cultura da paz, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), 1999, deve ser compreendida como²⁰

(...) um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida baseados:

- a) No respeito e na cooperação;
- b) No pleno respeito aos princípios de soberania, integridade territorial e independência política dos Estados e de não ingerência nos assuntos que são, essencialmente, de jurisdição interna dos Estados, em conformidade com a Carta das Nações Unidas e o direito internacional;
- c) No pleno respeito e na promoção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais;
- d) No compromisso com a solução pacífica dos conflitos;
- e) Nos esforços para satisfazer as necessidades de desenvolvimento e proteção do meio ambiente para as gerações presentes e futuras;
- f) No respeito e promoção do direito ao desenvolvimento;
- g) No respeito e fomento à igualdade de direitos e oportunidades de mulheres e homens;
- h) No respeito e fomento ao direito de todas as pessoas à liberdade de expressão, opinião e informação;
- i) Na adesão aos princípios de liberdade, justiça, democracia, tolerância, solidariedade, cooperação, pluralismo, diversidade cultural, diálogo e entendimento em todos os níveis da sociedade e entre as nações²⁰.

Tudo isso faz parte da Cultura de Paz. Mas é importante ressaltar que a Cultura de Paz não significa a ausência de conflitos, mas sim a busca por solucioná-los por meio do diálogo, da negociação e do respeito à diferença. A Cultura de Paz possui valores que pretendem humanizar as relações, em que o SER é maior que o TER. Os movimentos de Cultura de Paz têm por fontes inspiradoras o Manifesto 2000 por uma Cultura de Paz e

Não violência, projetado pelos ganhadores do prêmio Nobel da Paz e outros documentos internacionais (Haia, Declaração Universal dos Direitos Humanos, documentos da UNESCO, Carta das Responsabilidades Humanas)²¹. A promoção da cultura de paz envolve a construção de estruturas e de relações sociais pautadas na justiça, igualdade, respeito, liberdade e na ausência de todo tipo de violência.

Considerações finais

É possível afirmar que é dever da saúde pública responder às necessidades, problemas e demandas de saúde da população, tendo como foco o controle de doenças, a possibilidade de estilos de vida saudáveis, o bem-estar e a promoção à saúde.

As equipes de saúde da família como estratégia pública articuladora dos cuidados primários de saúde do indivíduo, da família e da comunidade deveriam ter no cerne de seu trabalho a prática da promoção à saúde. O desenvolvimento de políticas e ações de prevenção da violência, visando reduzir o seu impacto na vida das pessoas, deveria, portanto, ser intrínseco.

A incorporação da temática da violência nas equipes de saúde da família do município de Ribeirão das Neves encontra mais fragilidades que potencialidades, o que pode ser confirmado por certa descrença no que diz respeito à melhora da situação, no apontamento na maioria das vezes de outros setores como responsáveis pelo enfrentamento da violência, e nas poucas ações relatadas voltadas para essa temática.

Os profissionais de saúde estão ainda muito voltados para uma prática individualista, demonstrando a necessidade de melhor preparo e capacitação para desenvolver ações de promoção à saúde. Pensar e agir no papel do setor saúde no enfrentamento das violências somente é possível a partir de ações de promoção da saúde, que têm como diretrizes prioritárias a intersetorialidade, a produção da autonomia e da participação social. Esta dimensão do cuidado, ainda não está inserida de fato em todas as unidades de saúde, necessitando de maior investigação quanto as reais dificuldades de se tornarem práticas cotidianas. Nessa perspectiva, o salto qualitativo esperado com a proposta do modelo de atenção universal está sendo adiado, pois a força de trabalho apresenta dificuldades para realizar as transformações necessárias.

É importante ressaltar que para avançar na melhoria das condições de vida da população, é necessário o envolvimento e o esforço de todos: crianças, jovens, adultos, idosos, todos os setores, todas as políticas públicas, pois o enfrentamento do problema da violência não pode ser depositado em apenas um setor ou um ator. Faz-se necessário a responsabilização de todos, incentivando o compromisso com uma construção de uma cultura da paz para se contrapor à cultura da violência.

Referências

1. STARFIELD, B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population. **Rev. Panam. Salud Publica / Pan Am. J. Public Health**, v. 12, n. 6, p. 384-387, 2002.
2. OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.
3. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. Ribeirão das Neves**. s.d. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=315460#>>. Acesso em: 25.04.2013.
4. PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DAS NEVES. **Dados estatísticos**. Atualizado em 04/04/2011 16h32. Disponível em: <www.neves.mg.gov.br>. Acesso em: 04.02.2013.
5. MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes. 1994a. p.9-29.
6. MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p.7-18, 1994.
7. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
8. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 280p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 104**, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Publicado no DOU de 20/03/13, p.25, seção 1, nº 54. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 01.04.2013.
10. MORAIS NETO, O. L.; CASTRO, A. M. Promoção da saúde na atenção básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**, n.17, p.8-13, janeiro/março 2008. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_saude_familia17.pdf>. Acesso em: 02.05.2013.
11. RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, 2004.
12. 12-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília/DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 08.04.2013.
13. BAHIA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP. Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANT. Vigilância Epidemiológica das Causas Externas. A violência e a Saúde: por que a violência é um problema de saúde pública? Disponível em: <<http://www2.saude.ba.gov.br/divep/arquivos/COPLAM/DANT/A%20VIOLENCIA%20E%20A%20SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 10.04.2013.
14. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Publicado no DOU de 23.12.1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 10.04.2013.
15. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de dezembro de 1988. Texto constitucional de 5 de Outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 64/2010 e Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm>. Acesso em: 10.04.2013.
16. DA MATTA, Roberto. As raízes da violência no Brasil. In: PINHEIRO, Paulo Sérgio. **A violência brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1982. p.14-28.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**. Brasília: Editora MS, 2010.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil. Caderno do Tutor. Brasília: Editora MS, 2009.
19. LIBANIO, J. B. Religião: fator de violência ou de reconciliação? In: MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**; teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278p. Cap. 3: p.51-62.
20. ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração sobre uma Cultura de Paz** (Declaration on a Culture of Peace). 13 de setembro de 1999. Resolução aprovada pela Assembleia Geral. Disponível em: <<http://www.un-documents.net/a53r243a.htm>>. Acesso em: 16.06.2012.
21. WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência IV**: Os jovens do Brasil: juventude, violência e cidadania. São Paulo: UNESCO, 2011.

Violência: marcas nos corpos e nas cidades

Philippe Lacadée

Resumo

Este artigo fornece parâmetros teóricos e clínicos para a orientação lacaniana face à violência. Ao retomar conceitos psicanalíticos fundamentais em Freud e em Lacan, objetiva contribuir para a compreensão de como os acessos de violência se desencadeiam para cada sujeito, em especial para os adolescentes. Partimos de texto essencial de Lacan sobre a agressividade, diferenciando intenção agressiva e tendência à agressão, e de sua concepção sobre o despedaçamento original do sujeito para recolher suas consequências para a subjetividade humana. Trabalhamos a amarração do corpo à linguagem, ou seja, a articulação lógica entre linguagem e pulsão a partir dos conceitos de alienação e separação e a instauração de uma dialética permanente que permite o tratamento de perdas reais pelo simbólico. A partir desse desenvolvimento teórico, pretende-se esclarecer o que está em jogo nessa “delicada transição” que é a adolescência, momento em que a sexualidade vem fazer um furo no real, confrontando o sujeito àquilo que nomeamos uma insegurança linguageira, ou seja, o real do corpo aparece de maneira indizível. Concluímos pela necessidade de oferecer um lugar de conversação possível em que a língua adolescente possa se articular de uma nova maneira, como uma língua viva. Ao tomar a palavra, o sujeito pode traçar de uma outra forma os acasos de sua vida e fazer disso um destino.

Palavras-chave: adolescência, agressividade, violência.

Escolhemos partir do conceito de agressividade, tal como Lacan o discute em seu texto “A agressividade em psicanálise”, de 1948¹, para evidenciar uma tese vigorosa sobre a violência, diferenciando a intenção agressiva e a tendência à agressão. Veremos como a questão do corpo se coloca em jogo nesse contexto, seja a violência sobre o corpo do outro ou aquela retornada sobre seu próprio corpo nas mutilações e sacrifícios.

Intenção agressiva e tendência à agressão

Lacan situa a intenção agressiva no sentido de um querer dizer do sujeito que não se consegue dizer ao Outro numa dialética do sentido. Ela supõe um sujeito que se manifesta à intenção de um Outro. Lacan chega a estabelecer a noção de reivindicação como o modo fundamental de se endereçar ao Outro. A reivindicação é demandar alguma coisa que se acredita merecer. Se mais tarde Lacan dirá que todo discurso é demanda, em 1948 ele diz que toda fala é agressão. A posição de neutralização da agressividade oferecida pelo discurso analítico, permite que surja a intenção de significação mascarada pela intenção agressiva. O analista não se apresenta como aquele contra quem se dirige a agressão, mas ele permite à agressão se inscrever no registro verbal. Para Lacan, a intenção quer dizer que a agressão é decifrável como um sintoma e que há então uma possibilidade de interpretação. Seu mecanismo é antes da ordem da denegação que da forclusão.

Lacan vai passar da subjetividade da intenção à noção de tendência à agressão, ou seja, vai fazer o salto da fenomenologia à metapsicologia. Nesse contexto, ele vai esclarecer tanto uma clínica da psicose quanto os acessos de violência nos jovens, a partir da tendência à agressão. A tendência à agressão é alguma coisa já objetivada, algo que se apresenta de maneira bruta, sem qualquer dialética de sentido. Alguma coisa sobre a qual a interpretação permanece sem efeito. Na tendência à agressão, o sujeito é tomado por uma experiência de vida em que ele não é mais um efeito de sentido, mas algo fixado no eu.

Podemos apreender essa tendência como proveniente do registro da forclusão. Lacan desenvolve, assim, uma tese: o homem deve assumir seu despedaçamento original, pelo qual se pode dizer que a cada instante ele constitui seu mundo pelo suicídio. A partir disso, Freud teve a audácia de formular essa experiência psíquica, tão paradoxal quanto possa parecer, seja em termos biológicos seja como instinto de morte.

A orientação lacaniana face à violência é então neste ponto essencial. Há um despedaçamento original do sujeito, que Lacan situa preferencialmente do lado da paranoia. No texto de Lacan sobre a agressividade, o despedaçamento do sujeito que é apresentado como a forma mais essencial da subjetividade humana é a paranoia – e essa paranoia como relação ao Outro imprime a modalidade da agressão. É importante compreendermos como os acessos de violência se desencadeiam para cada sujeito. O caso de Jérôme, por exemplo, que se encontrava em um hospital-dia devido a uma tendência à agressão

amarrada a seu corpo de esquizofrênico atualizava sua violência sobre os corpos de outros e também na cidade. Reizinho², por sua vez, herói do romance *Inferno* nos ensina como são as marcas violentas dos golpes de sua mãe, e que por falta de um pai sobre o qual se apoiar, encontrou-se diante de uma escolha forçada: matar ou morrer, a solução de ser ator da violência na cidade.

Onde a fala se demite

“Acaso não sabemos que nos confins onde a fala se demite começa o âmbito da violência, e que ela já reina ali, mesmo sem que a provoquemos?”³

Esse domínio da violência testemunha fenômenos de corpo aberrantes como acessos de violência, sobre si ou sobre o outro, o que nos impulsiona a procurar qual é o tempo anterior que precedeu e no qual vem se inscrever esse fenômeno aberrante. Qual é a articulação significante que produz assim esse fenômeno de corpo?

Uma vez que nos deparamos com aquilo que nós chamamos em nossa vulgata dos fenômenos propriamente de gozo, propomos vislumbrar sempre articulá-los a seu lugar no processo simbólico, porque essa permanece sendo a lição fundamental de Lacan⁴.

Em seu texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”⁵, Lacan propõe uma articulação em dois tempos. Primeiro tempo, o processo simbólico: há uma articulação significante. Segundo tempo: há uma irrupção de um gozo. O fenômeno de corpo transborda a dimensão simbólica, mas ele se inscreve em uma lógica. Não se deve jamais omitir sua referência ao processo simbólico anterior. Schreber sofre de uma obrigação de pensar, e, desde que emerge o “pensar em nada”, é então que se produz o fenômeno.

Partiremos de alguns pontos teóricos de referência concernentes à operação de alienação-separação, tal como Lacan a desenvolveu no *Seminário 11*⁶, para mostrar a amarração do corpo à linguagem e situar assim a inscrição do falasser na linguagem.

Alienação e separação

Jacques-Alain Miller, em “Conversação sobre os imbróglis do corpo”⁷, revela que o que corresponde em Freud à alienação é o recalçado, e o que corresponde à separação é a pulsão. Essa dupla operação concerne então a articulação freudiana entre recalque e pulsão.

Relida por Lacan, a alienação ao significante é a matriz lógica do inconsciente, alienação do sujeito à cadeia significante, enquanto a separação é a separação do sujeito da cadeia significante⁸. A cadeia significante, tal como Lacan a define, é incompleta, ela

comporta uma perda por meio da qual Lacan conceitualiza o recalçado. Ele cerne essa falta ao elevá-la à dignidade de um significante, S (A barrado), o significante de uma falta no Outro. Fazer da falta um significante tem o grande interesse de situar essa falta no registro simbólico e de fazer dela um elemento de linguagem.

A separação do sujeito da cadeia significante surge a cada vez que ele encontra esse ponto de falta. Essa separação o confronta à emergência da pulsão. Em termos de matema, Lacan pôs em correlação S (A barrado) e “a”, a falta simbólica e o objeto da pulsão. Ali onde o sujeito encontra o significante da falta, o gozo ligado ao objeto da pulsão emerge. A angústia é o sinal disso.

Há então no falasser uma articulação lógica permanente entre significante e gozo ou, dito de outra maneira, entre linguagem e pulsão. O falasser está submetido a essa operação de alienação-separação a cada vez que ele fala, a cada vez que se fecha o ponto de capiton que faz emergir a significação. O esquema de alienação-separação é feito para mostrar que a pulsão responde ao recalque. Não há de um lado o recalque com retorno do recalçado, o simbólico e seus fenômenos que se chamam as formações do inconsciente, e, de outro lado, as pulsões. Os dois são correlativos. A emergência da pulsão responde à constituição do recalçado. O tempo da alienação é o recalque. A separação é a inserção da pulsão em resposta ao recalque.

A operação de alienação-separação se refere de maneira mais geral a tudo aquilo que se relaciona à separação, à perda e à ruptura na vida do sujeito.

A articulação lógica entre a alienação e a separação permite que cada separação real seja metabolizada, simbolizada pela retomada do sujeito na alienação significante, o que instaura uma dialética permanente. É assim, por exemplo, que funciona o trabalho de luto, que é uma simbolização da perda real. A confrontação lógica entre alienação e separação permite tratar essa perda real pelo simbólico.

Jacques-Alain Miller lembra nessas páginas que a pulsão no neurótico é uma pulsão que “se articula gentilmente ao objeto a”⁹. O objeto a enquanto objeto da pulsão vem indicar o lugar do real, mas não é da ordem do real. A pulsão, tal como é descrita por Lacan no *Seminário 11*, é uma “pulsão gentil”, uma pulsão civilizada pelo objeto a, esquadrinhada pela linguagem.

Temos então que deduzir daí aquilo que está em questão nessa “delicada transição” que é a adolescência, ali onde a sexualidade vem fazer um furo no real confrontando o sujeito àquilo que nós nomeamos uma insegurança linguageira, em um momento em que o real do corpo aparece de maneira indizível. É assim que se pode compreender os acessos de violência, seja contra si ou contra o outro, como sinais de tendência à agressão. Isso também se refere ao que se passa na psicose. Lacan disse que as operações, os conceitos, os matemas da neurose são aplicáveis à psicose.

O que nos ensina a psicose: a pulsão no real do corpo

Em relação à essa operação na psicose, o que muda radicalmente é que alienação e separação não são amarradas, articuladas logicamente como na neurose. Na psicose, não se trata de recalque, mas de forclusão. Não é com uma falta simbólica que o sujeito tem de se a ver, é com um buraco na cadeia significante não simbolizável, irrepresentável. A pulsão vai também responder a esse buraco, mas aqui não é a “pulsão gentil”, é a pulsão no real do corpo, com sua vertente irrepreensível, furiosa, perigosa de pulsão de morte, de impulso à destruição. Na medida em que o sujeito psicótico, em sua alienação ao significante, se choca com a forclusão, opera-se um corte radical com a cadeia significante e uma invasão do gozo mortífero que se traduz frequentemente por uma passagem ao ato, pondo em jogo o corpo. Pode ser também a irrupção da alucinação ou o desencadeamento de um delírio. Não há, na psicose, essa dialética, que se encontra no falasser, entre o significante e a pulsão. Não se trata da pulsão domesticada pelo objeto *a*. É a pulsão, diz Jacques-Alain Miller, “que corta suas pernas, parte sua cabeça, atravessa seu corpo”¹⁰.

O fenômeno de corpo na psicose marca uma irrupção de gozo em ruptura radical com o simbólico. Contudo, é preciso ressaltar que essa ruptura vem se inscrever em uma lógica que é aquela do processo simbólico que lhe é anterior.

O sofrimento submerge. É, então, o gozo fora de sentido, fora de tradução possível em palavras, que surge com acesso de violência e, frequentemente, de maneira paradoxal surge a ferida como tentativa de reconstituir um laço.

Um destino que não seja mais nada

O fato de que muitos jovens tenham um uso da língua e do significante que não se ordena mais no regime do pai – aquele da articulação –, mas antes no reino do objeto *a* em sua versão de mais-de-gozar, se escuta se mostra através de seus estilos de vida tomados como posição de gozo. Disso testemunham duas publicações: *Le Dictionnaire du Look*¹¹ e *o Lexik des cités*¹².

Esses modos de “mais-de-gozar” são cada vez mais ditados pelo mercado, e alguns encontram aí um eco dos dos objetos pulsionais, como *o olhar e a voz, que se agitam neles: se fazer ver e se fazer ouvir se tornam o que os sustentam*.

De maneira paradoxal, eles inventam soluções reparadoras e vitais, por vezes em forma de impasse, a partir do que nomeamos os “Nomes-do-pior”.

Para Jacques-Alain Miller, o que suplantou o regime do pai que interdita é a *exigência do mais-de-gozar*. Ora, esse reino do gozo não favorece nem o engajamento no

simbólico nem a dimensão da filiação e da transmissão, mas impulsiona ao gozo pulsional do Um. O gozo do Um se destaca da ditadura do mais-de-gozar, do fato de que a civilização é aquela do não-todo. Cada Um se liga a um ou alguns mais-de-gozar que confunde com os objetos de desejo, mas que, de toda maneira, quer se reclame ou não, ocultam seu real e sua verdade. Então isso só pode ser uma corrida arriscada em direção ao sempre mais.

Para alguns, o pai não é mais aquele que demonstra a seus filhos que ele é digno de ser amado, e mesmo respeitado. Ele não é mais aquele com quem dá vontade de falar, nem mesmo para pedir conselhos.

Então, muitos desses adolescentes se encontram à margem do Outro, do lugar da fala, do fato de haver uma certa precariedade em relação à língua, seja do lado de uma recusa, seja do lado de uma falha da animação do Outro simbólico parental que cuida deles, condenando-os a ter uma ação direta sobre o real.

É preciso então lhes oferecer um lugar de conversação possível¹³ em que sua língua possa se articular de uma nova maneira, com a condição, claro, que se lhes dê o lugar para que eles se deem, eles mesmos, esse “empurrãozinho” para criar essa língua viva.

A sociedade atual está, de fato, dominada por uma espécie de descrédito da fala, como se falar não servisse para nada. Além disso, no discurso dominante, presente e futuro contam mais do que a memória, que falar de si e de sua família. Assim, os jovens de hoje são mais a-históricos e desconectados do inconsciente, de sua história particular, ignorada por cada um. Esses sujeitos são filhos do capitalismo a-histórico ou de uma história reduzida à sensação imediata em sincronia com um presente estreito demais. Por falta de culpabilidade que se inscreva no Outro ligada aos símbolos dos atos do passado, eles não experimentam mais o desamparo como o fez o aluno Torless¹⁴, que disso foi guia, ele que apostava ainda no pai, ao lhe escrever. Hoje, uma força de desamparo domina diante do impasse do futuro, não mais ligado às conquistas do passado. Esse nada no horizonte toma o rosto voraz da pulsão de morte que fascina mais de um, ao ponto de jogar seu corpo como objeto ao sacrifício para acalmar a voracidade do supereu que reivindica cada vez mais.

Esse desamparo de uma certa juventude sem qualidades e tragicamente sem memória nos reenvia ao que dizia Lacan em 1961¹⁵ quando elaborava a noção de que a dívida simbólica pode não estar mais ao encargo de certos sujeitos, daí eles não se sentirem mais culpados. “Em suma, é a própria dívida onde tínhamos nosso lugar que nos pode ser retirada, e é ali que podemos nos sentir totalmente alienados em nós mesmos. Sem dúvida, o *Atê* antigo nos tornava culpados dessa dívida, mas ao renunciar a ela, como podemos fazer agora, somos tomados por uma infelicidade ainda maior, a de que esse destino não seja nada”.¹⁶

Hoje, “a culpa que nos resta, aquela que palpamos no neurótico, deve ser paga

justamente pelo seguinte, que o Deus do destino está morto. ”¹⁷Assim, em 1961, Lacan já fazia o diagnóstico de nossa época: a morte do sentido precipita os sujeitos em direção a vidas cada vez mais desprovidas de sentido, já que o sujeito não se liga ao Outro, e só se sabe filho do Outro pela dívida. Aí está o paradoxo: se o Deus do sentido, do destino, está morto, apenas permanece o não-sentido, uma forma de abandono que conduz em direção à extensão do não-sentido como maneira de estar no mundo. Se a desgraça se significava antigamente por uma dívida a ser paga, mesmo pelo destino, hoje só resta ao sujeito seu sacrifício a um deus obscuro, ou seja, a uma vontade de gozar. Ao tomar a palavra, o sujeito pode traçar de uma outra maneira os acasos de sua vida, e fazer disso um destino para si. Assim, no decorrer de um trabalho que os engaja em seus dizeres, alguns sujeitos têm a experiência de serem falados pelo “que os outros quiseram, mais particularmente nossa família que nos fala”¹⁸. Para alguns sujeitos, é antes justamente uma família em dificuldade, um pai que encarna o fracasso em se inscrever no simbólico, que nem toma mais a palavra, que apresentará então ao filho uma vida sem destino, com repercussões sobre ele. O fracasso do pai, e de sua consistência simbólica, não permite mais o endereçamento simbólico, o endereçamento ao símbolo do Outro capaz de sustentar a função paterna, sem endereçamento simbólico à sua fala e por isso a fala não pode se situar, se estruturar utilizando a articulação languageira, de um S1 a S2. Isto é o que eu nomeei *a crise da língua articulada*.

O sujeito não se representa mais, ele se apresenta, frequentemente de maneira bruta, como um S1 sozinho.

Nesse ponto, veremos que devido a esse fracasso de articulação na língua, é o corpo do sujeito que vem se amarrar ao objeto pulsional em jogo no olhar, daí a importância para os adolescentes do *se fazer ver*, mas também da demanda de respeito. Podemos também apreender disso como é o objeto voz que pode estar em jogo nos insultos ou provocações languageiras. Respeito de seu ser de objeto *a* sem destino, de seu ser rejeitado ou à margem.

A função do olhar

Freud se interroga sobre o que faz com que o púbere troque de objeto pelo objeto genital. Freud se espanta!!! Por que ceder do conforto autoerótico e se arriscar a inexoráveis dificuldades procurando no exterior o que ele encontraria sozinho em sua casa, em seu quarto de criança? Freud é preciso: não há dimensão pulsional de um estágio fálico que predestinaria o sujeito a um objeto *standard*.

Na ausência do instinto, Freud precisa que o que impulsiona o púbere em direção ao exterior é *o olho, ou seja, o que Lacan nomeou o olhar como objeto da pulsão*. Para Freud, “o modo como as zonas erógenas se encaixam na nova ordem”¹⁹ por causa do olho. “Sobre elas recai um papel importante na introdução da excitação sexual. O olho, talvez o

ponto mais afastado do objeto sexual, é o que com mais frequência pode ser estimulado, na situação de cortejar um objeto, pela qualidade peculiar cuja causa no objeto sexual costuma ser chamada de ‘beleza’¹⁹. É então um objeto do desejo do Outro que orienta o adolescente em direção ao exterior. A falta de si que já favorece o autoerotismo orienta o púbere, pela via do olhar, a desejar alhures, um outro. Freud não assimila o instinto à pulsão, e a fase genital requer o desejo. “A pulsão sexual coloca-se agora a serviço da função reprodutora torna-se altruísta, por assim dizer”.²¹

O olhar que me retorna do Outro me vê como objeto, não como sujeito. Aqui, surge a angústia. Certamente, “eu só me vejo de um ponto, mas em minha existência sou olhado de toda parte”.²²

O objeto e o acesso de violência

Em “Introdução teórica à função da psicanálise em criminologia”²³, Lacan dissocia *a pulsão do acesso de violência*.

Desde o estádio do espelho, Lacan nota a presença do real no objeto *a* através do qual se sustenta a imagem. O objeto *a*, invenção de Lacan, é o que resta de inassimilável ao processo de identificação, ao olhar do Outro, à voz do Outro. Objeto mais, sempre mais de gozar do Outro, carne a entregar, pedaço de corpo devido ao qual um sujeito estará sempre em dívida. A imersão na linguagem divide o sujeito em sua relação com o corpo.

Ontem, o adolescente sonhava com amor e ideal. Hoje, o mais frequente é com o último objeto gadget, diretamente consumível no supermercado.

O objeto do desejo é assimilado a um objeto *gadget* descartável, congelando o desejo em uma demanda insaciável. Mas há também o que está em jogo em torno das três versões do objeto *a*, que podem ser encarnadas: o objeto dejetivo que o sujeito percebe em si, o objeto *a* em sua versão agalma, causa do desejo, e a série dos mais-de-gozar, que vêm falsamente preencher essa função de agalma para mascarar o ser de escória.

O adolescente pode desde então se experimentar como sendo ele mesmo esse objeto descartável tal como o outro o olha, esse objeto sem destino. É sobre essas bordas que a violência se desencadeia.

Violência extrema que reduz o sujeito a esse objeto “gadgetizado” do Outro para o Outro; violência extrema em que o sujeito se subtrai de si mesmo ao se subtrair de sua fala.

Na angústia, retomando Hegel, Lacan situa algumas coordenadas precisas em relação à violência:

“Ao exigir ser reconhecido ali onde sou reconhecido, sou reconhecido apenas como objeto. Obtenho o que desejo, sou objeto, e

não consigo me suportar como objeto, já que esse objeto que sou é, em sua essência, uma consciência, uma *Selbst-bewusstsein*. Não consigo suportar-me nesse modo, no único modo de reconhecimento que posso obter. Assim, é preciso, a qualquer preço, que se decida entre nossas duas consciências. Já não há outra mediação senão a violência”.²⁴

Eu obtenho o que desejo, eu sou objeto e não posso mais me suportar como objeto. A violência seria esse eclipse do sujeito pelo objeto. Mas Lacan especificará mais tarde que o Outro é barrado. O Outro não é Um.

Exemplo de Lacan no “Aveso da psicanálise”, em que ele demonstra que “a palavra pode também fazer o papel de carniça”²⁵

Ele vai especificar que a violência ou a barbárie não surgem de uma pulsão cruel, mas da docilidade, na medida em que a fala relaciona, implora e obedece, submete. Lacan revira a causalidade e nesse ponto ele encontra Hobbes. É o temor, o medo que causa a violência. A submissão por temor é a pior das violências que um sujeito pode fazer a si mesmo. Trata-se então de recuar não do gosto pela carniça, mas do limite em que a fala se torna carniça.

Podemos perguntar se em certos contextos mais que ser o sinal da besta no homem, a violência não é a recusa de a ela se reduzir. A recusa de se abandonar ao Outro, de se reduzir a um mestre a quem se ofereceria em sacrifício, recusa de perfilar o homem em uma origem, seja ela científica ou tecno-científica.

REFERÊNCIAS

1. LACAN, J. *A agressividade em psicanálise*. Escritos (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. 1948/19998 p. 104-126.
2. MELO, P. *Inferno*. São Paulo: Companhia das letras. 2000
3. LACAN, J. *Introduction au commentaire de J. Hyppolite*. Ecrits : Paris Seuil, 1966, p 375.
4. MILLER J-A. *Ornicar*, p 239
5. LACAN, J. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. Escritos (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. 1957-1958/1998, p. 537-590.
6. LACAN, J. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (M. D. Magno, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. 1964/1998
7. MILLER, J-A. *Conversation sur les embrouilles du corps*. Ornicar, revue du Champ freudien, 50, 2003, p. 239.
8. MILLER, J-A. *Du symptôme au fantasme et retour*. l’Orientation lacanienne II, 2, enseignement prononcé dans le cadre du département de psychanalyse de Paris VIII, leçon du 9 mars 1983, inédit.
9. MILLER, J-A. *Conversation sur les embrouilles du corps*. Ornicar, revue du Champ freudien, 50, 2003, p. 239
10. MILLER, J-A. *Conversation sur les embrouilles du corps*. Ornicar, revue du Champ freudien, 50, 2003, p. 240

11. MARGERIE, G. *Le Dictionnaire du Look : une nouvelle science du jeune*. 2009
12. REY, A. & *Disiz*. Lexik des cités. Fleuve noir. 2007
13. Conversações dos laboratórios do CIEN organizadas em diferentes lugares em Bordeaux em uma periferia, logo após a morte de um jovem com 12 facadas devido a uma história de drogas e de rivalidade entre gangues.
14. MUSIL, R. *O jovem Torless*. Rio de Janeiro: Editora Globo. 1906/2003
15. LACAN, J. *Le Séminaire, Livre VIII : Le Transfert*. Paris. Seuil. 1991. p. 354.
16. LACAN, J. *O Seminário, livro 8: A transferência*. (D. D. Estrada, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. 1960-1961/1992. p.295
17. LACAN, J. *O Seminário, livro 8: A transferência*. (D. D. Estrada, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. 1960-1961. p.296
18. LACAN, J. *Le Séminaire, Livre XXIII : Le Sinthome*. Paris, Seuil. 2005. p. 162-163.
19. FREUD, S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*. (J. Salomão, trad., vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. 1905/1996. p.198
20. FREUD, S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*. (J. Salomão, trad., vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. 1905/1996. p.196
21. LACAN, J. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (M. D. Magno, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. 1964/1998. p.73.
22. LACAN, J. *Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia*. Escritos (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. 1950/1998. p. 127-151.
23. LACAN, J. *O seminário, livro 10: A angústia*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. 1962-1963/2005. p.33
24. LACAN, J. *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. (A. Roitman, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. 1969-1970/1992

Tradução

Bruna Simões de Albuquerque
Pedro Braccini Pereira
Daniela Teixeira Dutra Viola

Violência no campo brasileiro: coletividade, resistência e fortalecimento da identidade camponesa

Luiz Paulo Ribeiro

Maria Isabel Antunes-Rocha

Resumo

A luta pela Educação do Campo é um dos fatores que chama atenção, pela presença de princípios que reafirmam um modo de vida na contemporaneidade. Diante disso, questiona-se quais estratégias os camponeses adotaram, ao longo da história, que lhes permitem um crescente fortalecimento da identidade camponesa no Brasil, em um contexto de agressão constante aos seus modos de vida. Para realizar este trabalho foi feito um estudo sistemático da história constitutiva do campesinato brasileiro, bem como de suas lutas, perdas e ganhos. Focalizamos em referências bibliográficas que permitem compreender a violência como um processo inserido em termos históricos e dialéticos na produção econômica, política, social e cultural do modelo societário em curso no país. Buscamos nas discussões sobre processos identitários alguns referenciais analíticos para compreender as diferentes posições adotadas pelos povos camponeses diante dos programas e propostas de desenvolvimento existentes na história brasileira.

Palavras-chaves: *violência; educação do campo; identidade camponesa; resistência.*

Considera-se que a violência no campo é uma das consequências “[...] do conflito entre os que buscam condições mínimas de sobrevivência no meio rural e os que possuem largas extensões de terra [...]”¹. A violência no campo não pode ser confundida com os conflitos agrários, os quais podem se concretizar em atos de violência ou não. E ainda, não se pode relegar aos movimentos sociais do campo a responsabilidade exclusiva pela violência, uma vez que ocorre justamente o contrário, os sujeitos que integram estes movimentos são os mais atingidos, por assassinatos, tentativas de homicídio, expropriações, perseguições e outros atentados à integridade física, social e mental¹.

Ao adentrar na história desses espaços, ao longo dos tempos, desnuda-se uma realidade que não pode ser vista como pontual, angariando um constructo que a violência no campo brasileiro é um processo histórico longínquo. Para estudá-la é necessário observar como os processos políticos e sociais se culminaram na apropriação da terra e na busca da reforma agrária^{2,3}.

O movimento de luta pela Educação do Campo traz para o universo acadêmico o desafio de compreender as demandas dos povos camponeses com relação à educação. No contexto dos cursos de formação de professores, ressaltando o curso de Licenciatura em Educação do Campo, os desafios se ampliam, visto que os estudantes trazem questões que dizem respeito ao fortalecimento de suas identidades numa perspectiva de resistência. “Ocupar, resistir e produzir” são palavras ditas em coro por jovens que se preparam para se constituírem como docentes, mas que não querem deixar de ser camponeses.

Nesse contexto trazem os temas de suas vidas para discussão, sistematização e análise. Dentre um conjunto de temas chama atenção a violência vivenciada historicamente por este grupo social. Como contribuir com este grupo populacional no que diz respeito às suas reflexões sobre este assunto? Assim nasce a pesquisa sobre as relações entre populações camponesas, violência e construção de processos identitários. Parte-se da constatação que este grupo populacional vem ao longo dos tempos vivenciando situações violentas, que se materializam por meio de diferentes instrumentos, sujeitos e formas. Massacres, expulsões de suas terras, privação de direitos, escravização, depreciação dos modos de produção e reprodução da vida, assassinatos, criminalização de suas lutas por direitos, para citar algumas, são práticas recorrentes e reconhecidas em todo o território nacional.

Pela longevidade dos procedimentos, visto que pode-se identificar o tempo da chegada dos portugueses em 1500 como marco inaugural, poder-se-ia prever uma gradual extinção deste grupo populacional ao longo dos tempos⁴. No entanto observa-se que os camponeses vêm criando uma identidade fortalecida, marcando presença nos diferentes espaços e tempos da sociedade. A emergência dos agricultores familiares camponeses nas últimas décadas no cenário sócio-político é uma das evidências. Temas como luta pela terra, agroecologia, música sertaneja, educação do campo, dentre outros, fazem parte na atualidade de políticas públicas e do debate nacional.

Violência, tensão e resistência no campo: saídas onde não há portas

Um primeiro momento de tensão e violência foi vivenciado logo no início da colonização do Brasil. Os portugueses aportaram em território brasileiro e impuseram suas leis e normas, implementando um modelo inicialmente extrativista e depois agroexportador de estilo *plantation*. O genocídio histórico de índios nessa época foi retratado como forma de dominar o espaço descoberto e disciplinar as populações originárias, tendo em vista que nem todos se renderam às ordens e ao trabalho impostos pelos descobridores⁴.

Nos primeiros anos do período colonial, a propriedade (posse e uso) das terras brasileiras não era um bem comercializável, mas sim, algo pertencente à Coroa Portuguesa, a qual concedia o uso às pessoas de classe alta – com dinheiro significativo – interessadas em “investirem seu capital na produção de mercadorias necessárias para a exportação”⁴. As terras concedidas poderiam ser repassadas hereditariamente. Como o território brasileiro era vasto, e o desbravamento e povoamento eram vistos como necessários, foi comum nessa época que fossem feitas doações em lotes de terra– sesmarias – a fim de cuidar da propriedade cedida pelo governo português.

Em um segundo momento, houve a necessidade de mão de obra que foi suprida com um grande contingente de escravos trazidos da África, os quais, além do sofrimento pela retirada de sua terra, sofriam com o transporte até o Brasil, isso fora as precárias condições de sobrevivência e de trabalho encontradas. Contudo, a insatisfação com tais questões fazia com que os escravos se revoltassem e fugissem. Nesse período, muitos foram os escravos que ao serem recapturados foram mortos ou submetidos a longas torturas. Uma violência endêmica foi instaurada pelo trabalho forçado, áspero e repressivo no período colonial e servia para assegurar o poder dos latifundiários, tal postura escravagista e exploratória também originou rebeliões indígenas e dos escravos³.

A Lei n. 601 de 1850, instituída para regularizar a propriedade de terra, foi uma manobra governamental para impedir que os escravos recém-fugidos ou libertos – tendo em vista a possibilidade de uma lei de libertação geral dos escravos – se apossassem de pequenas propriedades e se tornassem camponeses⁴. Nesses anos também se multiplicaram os capatazes e caçadores de escravos, que se embrenhavam pelas florestas e regiões não habitadas do Brasil à procura de refúgios.

A caça aos quilombos e mocambos não se dava apenas com a motivação de reaver escravos, mas também como uma forma de roubar e/ou apoderar-se das suas produções agrícolas. Numa época de escassez de alguns produtos, encontrar uma produção da qual poderia se apossar era atrativo aos senhores de engenho e capatazes. Outro fator relevante trazido por esses autores é o registro histórico de roubos e saques, tanto nos

quilombos por parte dos capatazes, quanto nas fazendas por parte dos refugiados, os bens mais cobiçados eram pequenos animais, ferramentas e pólvora ⁵.

Para além desses conflitos no período colonial e pré-republicano, já na Primeira República do Estado Brasileiro aconteceram os movimentos nomeados como messiânicos, que não tinham apenas caráter religioso como apregoa o nome, mas fundo campesino e que revelavam uma alternativa deste povo para superar e enfrentar as violências intermitentes nas mãos dos latifundiários, seca e empobrecimentos comuns na época. Os dois principais movimentos foram os de Canudos, no sertão nordestino e de Contestado na divisa dos estados de Paraná e Santa Catarina.

Esses movimentos no campo entre o século XIX e XX tinham como grandes agentes “os andarilhos, posseiros destituídos de suas terras e/ou agregados despejados dos latifúndios” ⁶. O cangaço, mesmo com sua ação violenta, pode ser compreendido também como uma forma de enfrentamento à pobreza e à expropriação no sertão nordestino desta época ⁶.

Na expectativa de substituir a mão de obra escrava nas fazendas, houve a atração da população campesina europeia para o Brasil. Os imigrantes vindos em especial da Alemanha, Itália e Espanha se dirigiram para os estados do Sul do Brasil e para o Rio de Janeiro e São Paulo. Nesses dois últimos estados, os imigrantes foram obrigados a trabalhar nas fazendas de café tornando-se comodatos enquanto no Sul receberam as terras e tiveram de pagar por elas tendo que produzir quase imediatamente para conseguir arcar com os custos. Dessa forma, o grande contingente de trabalhadores escravos foi substituído em parte pela mão de obra imigrante ⁴.

A fixação de homens no campo, seja por parte de estrangeiros, seja por trabalhadores livres – escravos libertos, pobres do campo etc. – foi o contexto de origem dos primeiros movimentos de luta social pela terra no Brasil, nos entremeios da tentativa de resgatar a condição de camponês autônomo sob um modelo euro-ocidental ⁷.

Resgata-se que foram as inspirações do modelo social-econômico de origem comunista que inspiraram o nascimento dos movimentos sociais campesinos na América Latina ³. E também, que desde as primeiras situações conflituosas no campo sempre houve lideranças comunitárias e a formação de grupos ou de associações, tanto como forma de resistência às pressões territoriais, quanto pela postura organizativa de tais grupos que encontravam força nos campesinos na mesma situação. Nota-se que em meados das décadas de 1950 e 1960, as primeiras Ligas Camponesas foram formadas legalmente ⁷.

A “Marcha para o Oeste” marcou um novo período desenvolvimentista no campo brasileiro, impulsionada pelo governo de Getúlio Vargas que visava à expansão da fronteira agrícola do país. A sensação de desbravamento e de possibilidade de encontrar o seu lugar

de produção fez com que o fluxo migratório fosse intenso para as regiões Norte, Centro-Oeste e Sul. Grupos, famílias inteiras em caminhada, a fim de encontrar a sonhada terra ⁸.

Sob a intensa luta e enfrentamento das hegemonias locais, os trabalhadores rurais à margem da “Marcha para o Oeste”, foram protagonistas de uma história que teve como alicerce a vida social comum, a organização do trabalho coletivo e a luta contra a violência do campo ⁸. Foi justamente o estado de tensão, de sentimento de expropriação e de injustiças com os trabalhadores do campo que gerou esse movimento, que deve ser entendido como um movimento nacional em resposta a uma hegemonia no campo. A Revolta de Trombas e Formoso (1950-1957), em Goiás, pode representar uma das maiores expressões do conflito e expulsão de terras no país ⁷.

Os registros de Trombas e Formoso, juntamente com os movimentos em Porecatu e no Sudoeste do Paraná são os mais marcantes da história dos movimentos sociais do campo no Brasil. A outorga do Estatuto da Terra (Lei 4.504 de 1964) e a implantação do Regime Ditatorial Civil-Militar em 1964, marcaram novas investidas desenvolvimentistas, como uma resposta conservadora aos conflitos, disputas e o potencial revolucionário campesino verificado na época. Estes acontecimentos demandaram a necessidade do Golpe Militar de 1964 com claros posicionamentos conservadores, os quais reconheciam a necessidade de contenção política e policial dos conflitos agrários e de minorar as tensões sociais decorrentes das disputas entre latifúndios-minifúndios ⁹.

Apesar da proposta desenvolvimentista do período de Ditadura Militar e de evolução da legislação em prol da reforma agrária, o que se viu foi uma derrocada dos defensores da reforma agrária no período militar e, “a partir de 1970, passa a prevalecer a proposta de enfrentar o atraso agrário pela modernização do latifúndio” ⁹. Tais medidas enfraqueceram os pequenos produtores e camponeses, os quais, com falta de incentivo, não encontraram alternativas de sobrevivência e partiram de suas terras para as cidades: houve um extenso êxodo rural.

No período ditatorial viu-se a implantação da Revolução Verde, um modelo governamental de expansão das fronteiras agrícolas, utilização vasta de agrotóxicos e outros insumos, a mecanização e a exploração total da terra focalizando o aumento da produtividade. Foi neste período que as grandes monoculturas foram implementadas no Brasil e o latifúndio tornou-se mais uma vez, uma alternativa para o enriquecimento. Essa intensificação da produção trouxe prejuízos ao homem do campo, seja à sua saúde, seja com a expulsão das suas terras⁹.

Com o posicionamento da grande elite latifundiária, o governo militar tentou silenciar os movimentos sociais do campo e a reforma agrária ficou estagnada neste período. A violência para com os movimentos sociais do campo, seus líderes e ativistas foi uma das formas de tentar silenciar e travancar a reforma agrária⁹.

O fim do período ditatorial e a implantação de um governo democrático no Brasil acirraram os conflitos no campo. O tema da reforma agrária voltou à cena, o Ministério da Reforma e Desenvolvimento Agrário foi criado e, a partir do 1º Plano Nacional de Reforma Agrária, em 1986, demarca-se um novo paradigma no campo brasileiro⁹.

O 1º plano tinha como objetivo principal distribuir terra, direitos, trabalho e cidadania ao trabalhador rural: reduzir o êxodo no campo. Havia a proposta do assentamento de 1.400.000 famílias, mas apenas 82.896 foram assentadas. A mobilização pela reforma agrária e a luta dos movimentos sociais resultaram na mobilização dos proprietários das terras. Isso incidiu em limitações na Constituição Federal Brasileira de 1988 para o Estatuto de Terras, porém não freou o processo durante o período democrático^{1, 4, 5, 6, 9}.

A distribuição do processo de reforma agrária no Brasil ganhou força no período recente com a retomada da democracia e da promulgação da Constituição Federal de 1988. Ressalte-se que, durante o período ditatorial, entre 1964 e 1985, num prazo de 20 anos, houve praticamente o mesmo número de assentamentos de famílias que no primeiro governo da Presidenta Dilma Roussef, entre 2011 e 2013. Há que se ter atenção para as falsas apropriações dos dados, uma vez que políticas internas dos governos foram utilizadas para silenciar os movimentos sociais e apaziguar os conflitos, como leis que restringiram a ideia de que terras ocupadas não poderiam estar em processo de desapropriação, além do cadastramento via correios dos interessados em ter terras⁹.

A violência no campo no período pós-ditadura expressou-se de várias formas, além de notícias correntes e histórias de mortes e atentados contra presidentes de associações de produtores rurais, sindicalistas, líderes de movimentos sociais do campo, ativistas ambientais, que têm seu trabalho diretamente relacionado com o campo, e membros de pastorais da terra. Uns muitos famosos e outros não, casos que se perderam ao longo dos anos, ora caindo no esquecimento pela pouca repercussão, ora devido a julgamentos intermináveis. Dos casos mais notáveis citam-se as mortes de Chico Mendes e de Dorothy Stang. Para além desses casos, reconhecidos nacionalmente e internacionalmente como é o caso do assassinato de Chico Mendes, há um extenso rastro de mortes de sujeitos que estavam na luta pelos direitos dos camponeses¹⁰.

Também imbricado nos contextos de luta pela terra, a história recente revela chacinas nos movimentos sociais do campo, aqui se faz memória dos casos de Eldorado de Carajás e Felisburgo, que não foram eventos incomuns durante a história do campo brasileiro. Aponta-se possibilidades de evitar a violência no campo pela mediação dos conflitos, como a experiência no Pontal do Paranapanema, área de disputa territorial desde tempos da colonização, e que com o auxílio do governo do estado de São Paulo aconteceu de forma exitosa e sem mortes¹¹. O conflito entre trabalhadores rurais e forças policiais no estado do Pará, em Eldorado de Carajás, trouxe o protagonismo de policiais nas cenas de violência no campo¹².

Atualmente, a violência no campo também pode ser percebida em outras modalidades — a frequente investida da área energética brasileira tem feito diversas comunidades rurais deixarem suas terras para a implantação de hidrelétricas. Estes acontecimentos têm sido repetitivos em diversas regiões brasileiras como na Região Norte (como a de Belo Monte no Pará) e Nordeste do país. Nesses casos, o deslocamento compulsório aparece como uma proposta desenvolvimentista e hegemônica que rompe com a apropriação do lócus de vida, além da implantação em áreas sem o processo de territorialidade por parte dos camponeses, indígenas e populações tradicionais ¹⁰.

A violência no campo também se fez presente, recentemente, no assentamento em Tumiritinga na região do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais, em que, numa tentativa de amedrontar os camponeses, o prefeito do município disparou diversos tiros de explosivos, sobrevoando a comunidade. Além deste, há na memória mais recente o assassinato do psicólogo Marcos Vinícius de Oliveira Silva que articulava politicamente pelos direitos de indígenas em detrimento de uma elite fundiária no estado da Bahia.

Vislumbra-se assim, o nascimento de um novo paradigma em que de um lado há uma crescente especulação imobiliária em busca de chácaras e locais de descanso nas áreas rurais, processo que condena os trabalhadores do campo a se transformarem em prestadores de serviços em condomínios rurais. Por outro lado, há a ênfase no desenvolvimento rural em direção à modernização e à capitalização da Agricultura Familiar, fazendo com que se estruturam pequenos agronegócios ou “agronegocinhos”, algo que enlaça a produção dos camponeses, dá possibilidade de inserção em um mercado capitalista, mas de alguma forma faz com que os laços sociais se rompam, além de uma perda de referência entre o camponês, a terra e a produção ¹³.

Verificações finais: identidade, representações sociais e Educação do Campo

Em nossas reflexões consideramos que os povos do campo assumiram diferentes formas de vivenciar a violência, resistência denominada por José de Souza Martins como “caminhada no chão da noite”¹³. Alguns grupos desistiram e migraram para as cidades. Vale ressaltar que muitos destes reproduzem seus modos de vida no espaço urbano. Outros se mantiveram no campo em diferentes situações. Adentrar pela via da reação a agressão na mesma referência, como os bandoleiros, cangaceiros, jagunços, matadores de aluguel, foi um dos caminhos. A busca por um espaço isolado e protegido das agressões por meio da organização de comunidades como os Quilombos, Canudos, Contestado e as Missões se constituiu em uma alternativa. A busca de proteção junto aos grandes proprietários se constituindo como agregado foi a alternativa encontrada por um expressivo contingente de camponeses. Mas, o que nestas diferentes estratégias permitiu a resistência e a manutenção de uma identidade em diferentes tempos e espaços da história brasileira?

Em síntese, verificando a história brasileira, o que se viu em relação à violência no campo é que esta possibilitou alguns tipos de movimentos dos sujeitos camponeses que se cogita estarem relacionados às representações sociais (RS) – formas de pensar, sentir e agir – da violência^{13, 15}.

Ao serem violentados, muitos camponeses desistiram da vida no campo partindo numa migração para as cidades e grandes centros urbanos, o que resultou em índices significativos de êxodo rural e na consideração de que o campo é um lugar de não crescimento. Esta ideia vigora até os dias atuais e potencializa a discriminação e a dicotomia entre o urbano e o rural, está relacionada à uma representação social de um campo sem possibilidades e de uma cidade portadora do progresso¹³.

Outros sujeitos camponeses começaram um enfrentamento com as mesmas proporções dos seus agressores, formando os grupos armados, como os cangaceiros. A estes dizemos que houve uma representação social que os mobilizou a agir da mesma forma que seus agressores. ‘Olho por olho e dente por dente’ aparece como uma máxima de um posicionamento de que para viver no campo é necessário armar-se e lutar agressivamente¹³.

Ainda há aqueles que estagnaram suas vidas em uma situação de miséria, numa vida paupérrima, sem condições de desenvolvimento e sendo vítimas eternas como “coitados da terra”, alvos de constantes promessas de governo, por vezes se submetendo às condições precárias impostas pelos agressores e aceitando os designios de seu destino. Estes sujeitos também representam o campo como um lugar negativo e sem desenvolvimento, mas, por impossibilidade de agir contra os agressores não se movimentam, aceitam sua condição de submissos¹³.

Outros sujeitos partiram em busca de um éden camponês, um espaço de convívio, de religiosidade e de esperança, resultando nos movimentos quilombolas e messiânicos, que apesar de uma proposta de vida em comunidade foram tidos como insurgentes contra a moral e os costumes do país e foram todos exterminados. Nestes notou-se uma representação social de que para continuar a viver no campo era necessário fugir e fundar uma sociedade alternativa à realidade¹³.

Por fim, existem aqueles que se organizaram em movimentos, sindicatos, associações e coletividades em luta por seus direitos, pela possibilidade de plantar e viver junto da terra, por condições de desenvolvimento e de (re) produção da vida de formas justas e igualitárias. É desta última vertente que surge a luta pela Educação do Campo, considerada aqui como uma das formas da superação das violências que acometem os povos do campo. Cogitou-se que desses sujeitos surge uma representação social segundo a qual é necessário enfrentar a violência com outras armas, como a educação e o protagonismo social. Para estes, o campo é um lugar de desenvolvimento e de produção de vida digna e de qualidade¹³.

O que se observa ao longo da história é a capacidade de organização coletiva dos povos camponeses. Seja nos mutirões para organização do trabalho, nos encontros para as celebrações religiosas e culturais, no enfrentamento coletivo diante das agressões, na manutenção de valores, hábitos e práticas, vemos a presença da ação coletiva. Em meados do século XX a organização sindical, e a ampliação das lutas por meio dos movimentos sociais em luta por terra, evidenciam uma organicidade que se constrói no cotidiano de suas existências.

Considerações Finais

Os processos de aprendizagem são de longa duração. Agricultores e camponeses se constituem em um grupo populacional cuja identidade é marcada pela coragem, religiosidade, práticas de ajuda mútua, e de forma acentuada, uma compreensão de si mesmos como um povo cujas raízes se vinculam de forma inexorável à terra, às águas e às florestas. O que nos leva a concluir que: os agricultores camponeses não iniciam suas lutas e suas práticas em um tempo recente; suas práticas de luta estão presentes em suas práticas cotidianas; suas diferentes formas de resistência não configuram necessariamente submissão; e a ação coletiva é a prática transversal que possibilita a estes povos resistir, manter e ampliar suas condições de existência ao longo da história.

Referências

1. ZIMMERMAN Artur . Terra manchada de sangue São Paulo: Humanitas; 2010.
2. KAY Cristobal . Estructura agrária y violencia rural en América Latina. **Sociologías**, v.10, n.5, p.220-248, 2003.
3. KAY Cristobal, SALAZAR Graciela. Estructura agraria, conflict y violencia en la sociedad rural de America Latina. **Revista Mexicana de Sociología**,v.63, n.4, p.159-195, 2001.
4. STEDILE João Pedro. **A questão agrária no Brasil: o debate tradicional - 1500-1960** São Paulo: Ed. Expressão Popular; 2011.
5. GOMES Flávio dos Santos, REIS João José. Roceiros, camponestes e garimpeiros: quilombolas na escravidão e na pós-emancipação. In STARLING Heloísa M Murgel, RODRIGUES Henrique Estrada, TELLES Marcela. **Utopias agrárias**. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2008. p. 206-241.
6. ANTUNES-ROCHA Maria Isabel. **Da cor da terra: representações sociais de professores sobre os alunos no contexto da luta pela terra** Belo Horizonte: Editora UFMG; 2012.
7. OLIVEIRA Ariovaldo Umbelino de. A longa marcha do campesinato brasileiro: movimentos sociais, conflitos e reforma agrária. **Estudos Avançados**, v.15, n.43, p. 185-206, 2001.
8. TOLENTINO Tiago Lenine Tito. Margens da marcha para o oeste: luta pela terra em Trombas e Formoso, Porecatu e Sudoeste do Paraná. In STARLING Heloísa M Murgel, BRAGA Pauliane . **Sentimentos da Terra: imaginação de reforma agrária, imaginação de república**. Belo Horizonte: Editora PROEX; 2013. p. 99-115.
9. BAUAINAIN Antonio Márcio. Reforma agrária por conflitos: a gestão dos conflitos de terras no Brasil. In BAUAINAIN Antonio Márcio. **Luta pela terra, reforma agrária e gestão de conflitos no Brasil: agricultura, instituições e desenvolvimento sustentável**. Campinas/SP: Editora Unicamp; 2008. p. 17-128.

10. ZHOURI Andrea. **As tensões do lugar** Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2011.
11. ANDRADE Tania. Experiência concreta de mediação de conflitos agrários: pontal do paranapanema. In Buainain Antonio Márcio. **Luta pela terra, reforma agrária e gestão de conflitos no Brasil: agricultura, instituições e desenvolvimento sustentável**. Campinas/SP: Editora Unicamp; 2008. p. 129-171.
12. BARREIRA César. Crônica de um massacre anunciado: Eldorado dos Carajás. **São Paulo em Perspectiva**, v.4, n.13, p. 136-143, 1999.
13. RIBEIRO Luiz Paulo. **Representações sociais de educandos do curso de licenciatura em educação do campo sobre a violência**. Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social. Universidade Federal de Minas Gerais. 2016.
14. MARTINS José de Souza **Caminhada no chão da noite**. São Paulo: Hucitec, 1989)
15. JODELET, Denise. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In MOSCOVICI Serge. **Psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France (PUF); 2014. p. 363-384

Falando de drogas para médicos

Luís Carlos Valois

Resumo

O direito penal só deveria agir quando as demais formas de soluções de conflitos e os outros ramos do direito se demonstrassem insuficientes para regular determinada questão de suma importância social. Vulgarizar o direito penal com uma inflação de leis, com a criminalização de toda e qualquer conduta é enfraquecer a própria coesão social buscada pelas leis. A complexidade do ser humano, tão conhecida pela medicina, encarada humildemente pelo verdadeiro cientista, não pode ser simplificada pela lei. Os médicos, melhor do que ninguém, deveriam saber que é impossível um mundo sem drogas, mas a tranquilidade da proibição, mesmo que simbólica, das drogas, cega a todos, médicos, juízes e cidadãos de um modo geral. Desde o começo a proibição das drogas é baseada no medo e na desinformação. Sempre foi necessário ter coragem para ser médico, mas quando a atividade policial se mescla com a regulação da medicina, esta sai perdendo.

Palavras-chave: drogas, direito, saúde.

Introdução: a complexidade da questão

Importante a lembrança de Broekman, ao analisar as relações entre direito e medicina, citando Hobbes e Canguilhem, de que “liberdade é o *silêncio* da lei e saúde o *silêncio* dos órgãos”, respectivamente,¹ mas essa metáfora não tem servido para a questão dos entorpecentes, principalmente depois que a proibição criou uma barreira, uma fronteira entre drogas legais e ilegais.

A história da medicina é paralela à história dos medicamentos, e esses, muitos vulgarmente denominados drogas, têm o objetivo de levar àquele silêncio dos órgãos referido por Canguilhem.²

Assim, não é natural da medicina o limite entre o legal e o ilegal estreitando as possibilidades do silêncio. A lei se torna arbitrária nesse ponto, constringendo a atividade médica; estabelecendo, no papel, os caminhos viáveis para o bem-estar.

Pior quando se fala de lei penal. As leis penais deveriam regular apenas aquelas condutas enraizadas na cultura, no pensamento do povo, protegendo os bens mais valiosos para a sociedade, posto que são as leis que aplicam as sanções mais severas do ordenamento jurídico.

O direito penal só deveria agir quando as demais formas de soluções de conflitos e os outros ramos do direito se demonstrassem insuficientes para regular determinada questão de suma importância social. Vulgarizar o direito penal com uma inflação de leis, com a criminalização de toda e qualquer conduta, é enfraquecer a própria coesão social buscada pelas leis.

Daí a grande dificuldade de se fazer valer a proibição das drogas tidas como ilegais. Proibindo uma conduta que é da natureza do ser humano, a criminalização das drogas é mais violadora do que promotora de silêncio. Um dos casos que encontrei mais emblemáticos dessa afirmação, que tem se tornado comum, de que se drogar faz parte da natureza do ser humano, é a descoberta do psiquiatra inglês Anthony Daniels,³ quando descobriu, em uma ilha afastada do pacífico “que alguns jovens andavam cheirando os vapores da gasolina, substância relativamente rara na região por causa do isolamento das ilhas e da ausência de veículos motorizados, com exceção de motos. Os efeitos desses gases são especialmente desagradáveis e incluem náusea e tontura. Perguntados por que, afinal, cheiravam aquilo, os jovens não responderam que queriam sentir-se melhor, mas sim que queriam sentir-se diferentes”.

A complexidade do ser humano, tão conhecida pela medicina, encarada humildemente pelo verdadeiro cientista, não pode ser simplificada pela lei. A tentativa de forjar comportamentos, punir condutas naturais, está na essência do exercício de um poder autoritário quando esse poder invade a privacidade dos cidadãos.

Mas é no campo da complexidade que percebemos mais fortes as relações entre direito e medicina. O direito, com sua capacidade de compactação dos problemas, cria a tranquilidade aparente para que ajamos dentro de parâmetros, independentemente dos resultados.

A própria medicina se faz valer do direito e cria normas de conduta para o agir confortável dos médicos, mas nada disso afasta o medo que temos das situações extremas a que nos levam o direito e a medicina.

A simplificação do mundo das leis pode até agravar esse medo. Que o diga o médico frente a uma situação diferente dos casos padrões, precisando tomar uma decisão nova, com consequências imprevisíveis. Os médicos, como qualquer cidadão, acertadamente, têm medo dos tribunais e, contra um processo, nem os padrões de conduta médica são suficientes como proteção, posto que, para a vítima de um dano causado por uma conduta médica, o médico é sempre o culpado.

Por certo não há atividades sem riscos, mas os juízes tendem a se ver mais como vítimas do que como médicos, uma vez que os juízes também têm medo de hospitais e consultórios.

Em uma sociedade onde a criminalização de condutas é a única resposta política para diversos problemas, basta o indiciamento de qualquer pessoa, o nome dessa pessoa numa denúncia do Ministério Público, para que logo pareça culpada.

Cria-se uma culpabilidade coletiva e “como que para não ser suspeito de qualquer cumplicidade, cada pessoa identifica-se com a vítima. Numa bela unanimidade, todos dizem poder ser pais de vítimas”.⁴

Na justiça, médico, traficante, assaltante, não importa a acusação, todos já chegam quase condenados diante da dificuldade do próprio juiz em se colocar no lugar do acusado, postura essencial ao ato de julgar.

Por fim, médicos devem realmente temer a justiça, como juízes temem hospitais. O desconhecimento, a áurea de ciência que cada um carrega é agravada pelo afastamento entre as pessoas na nossa sociedade atual.

O individualismo, as possibilidades técnicas de uma vida cada vez mais isolada, tornam o contato humano difícil e, por vezes, doloroso, aumentando o temor quando a nossa saúde física ou financeira acaba caindo nas mãos de um terceiro, médico ou juiz.

E é nesse ponto que se insere a proibição das drogas. Questão das mais complexas, que não se resume nas divergências internas ou interligadas entre direito e medicina, acaba sendo relegada à lei penal com a aparência de tranquilidade. No caso, mais a tranquilidade de um avestruz, uma vez que as drogas tidas como ilegais continuam

circulando livremente no meio social, apesar da proibição.

Médicos proibidos de receitar e juízes obrigados a condenar completam um quadro perfeito de repressão, onde pobres são jogados nos cárceres aos milhares. Médicos e juízes não acham que esse problema é deles, os cidadãos (os incluídos) têm como natural a proibição de certas drogas, e vamos seguindo estabelecendo um verdadeiro *apartheid* social entre incluídos e excluídos, os pobres, por meio da proibição de certos entorpecentes.

A simplificação por intermédio da proibição

Por este ser um texto de um profissional do direito falando para profissionais da medicina, obviamente não entraremos no debate de questões científicas específicas dos médicos, seja porque correríamos o risco de falar absurdos, seja porque é no campo da complexidade que queremos ficar.

Contudo, não tem sido essa a conduta dos elaboradores das leis. Proibir é simplificar. E todos nós temos essa tendência simplificadora, tanto que há inclusive médicos, estes responsáveis em traçar um caminho para o fim da dor, ignorando qualquer possível eficiência de um entorpecente, aceitando a simplificação da proibição, uma simplificação onde nada é simples.

Dissemos que não ingressaríamos em questões médicas, mas há médicos receitando prisões. Isso mesmo sabendo, ou procurando mais uma vez ignorar, que as prisões não servem para nada. Aliás, servem para piorar o quadro criminológico de nossa sociedade sem influir em nada na circulação de drogas efetivamente existentes. Na verdade, nas cadeias e penitenciárias, há drogas em abundância, com ou sem receitas médicas, e isso não é um problema exclusivo das autoridades de segurança pública.

Os médicos, melhor do que ninguém, deveriam saber que é impossível um mundo sem drogas, mas a tranquilidade da proibição, mesmo que simbólica, das drogas, cega a todos, médicos, juízes e cidadãos de um modo geral.

Por certo há interesses velados e não poderíamos querer, por exemplo, que um médico que ganha com a proibição, proprietário de clínicas de recuperação financiadas pelo governo, pensasse diferente, mas a proibição só se mantém porque é de fácil digestão nesse meio de medos cada vez mais crescentes.

Uma característica negativa que é de médicos e juristas é a ausência de consciência política. Juízes não se percebem instrumentos de um poder político maior, segregador e mantenedor de desigualdades sociais, enquanto médicos esquecem que a sua ciência nada mais é do que a especialização de uma função social: a de cuidar do outro.

Não é à toa que tanto médicos como juízes sempre tiveram suas atividades fortemente controladas pelo poder público. Uma das primeiras leis escritas, e a mais

conhecida da antiguidade, o Código de Hammurabi, da Mesopotâmia do século 17 a.C., já trazia disposições rígidas e severas contra o médico que errasse. João Bosco Botelho⁵ informa, todavia, que “nenhum castigo dirigido ao médico acusado de má prática, no Código de Hammurabi, relaciona-se ao médico não cirurgião, entendendo-o como aquele que não executava procedimento invasivo no paciente”.

A alienação e a não percepção de nossas funções sociais é extremamente útil para o sistema capitalista, no sentido de afastar qualquer contestação das práticas de exploração e exclusão social.

Médicos, como juizes e demais operadores do direito, trabalham cotidianamente sem questionar a desigualdade frente a qual são constantemente expostos. Não importa se o cuidado com o ser humano, base da medicina, é diferenciado por planos de saúde, por fichas, boletos de pagamento ou simplesmente por uma fila em um corredor de hospital, não se tem mais tempo para discutir o sistema.

Não importa se a prisão como descrita na lei não existe na realidade. Os ditos operadores do direito agem como se não percebessem as masmorras em que estão encarcerados os pobres escolhidos como bodes-expiatórios. A interpretação da lei é superficial e enxerga limitada.

A cegueira é geral e a criminalização do uso e do comércio de certas substâncias só agrava a hipocrisia intrínseca ao sistema. Sim, ao sistema, pois se todo sistema político deve ser um sistema humano, o encarceramento desumano de pessoas envolvidas em uma simples transação comercial, estimulada mesmo pelos valores sociais, especificamente o de lucro, expõe a hipocrisia desse sistema que muitas vezes se diz de liberdades, notadamente de livre comércio.

Um breve histórico: explorando o medo dos médicos.

Desde o começo a proibição das drogas é baseada no medo e na desinformação. Sempre foi necessário ter coragem para ser médico, mas quando começa a se misturar a atividade policial com a regulação da medicina, esta sai perdendo. Aliás, todos saímos perdendo quando o Estado relega à polícia a atividade de regulação de atividades que em si mesmas não são conflituosas.

Os riscos que os médicos correm e sempre correram, necessários para o avanço da medicina, foram agravados pelas descobertas e possibilidades de novas substâncias, o que foi muito bem explorado pela conduta moralista de agentes do governo norte-americano, o responsável pelo nascimento e exacerbação do que hoje conhecemos como guerra às drogas.

Hamilton Wright foi o primeiro médico a propagar a proibição das drogas. Ótimo orador, tido como especialista em doenças tropicais, que tinha um discurso proibicionista causador de “irritação até entre os seus aliados”⁶ foi um dos enviados norte-americanos para a Conferência de Xangai, de 1909, e para a Convenção de Haia, de 1911, ocasiões em que os EUA procuravam se aliar à China na questão do ópio e, assim, obter as graças comerciais daquela grande nação oriental.

Wright procurava ingressar na vida política e viu na defesa da proibição das drogas uma boa oportunidade para parecer importante ao governo. Após um estudo fracassado em que havia concluído que o beribéri era uma infecção bacteriológica, Wright casou com a filha de um senador e industrial republicano de Minnesota, o que favoreceu o seu caminho para ingressar na promissora carreira estatal.⁷

O que menos importavam eram os estudos científicos. Washington com seus interesses econômicos e o médico Wright procurando as graças da vida política eram ingredientes das primeiras convenções sobre drogas. O Brasil, sem nada que se possa chamar *problema com o ópio*, promulgou a *Convenção Internacional do Ópio* por intermédio do Decreto 11.481, de 10 de fevereiro de 1915, após ter enviado, alguns anos depois da própria Convenção, um representante seu assinar o *Protocolo suplementar de assinatura das Potências não representadas na Conferência*.

Nunca discutimos a proibição das drogas. Ela nos foi imposta desde o começo e, agora, escapar desse paradigma fica mais difícil. Apresentar argumentos contra algo que se impôs sem que os que impuseram tivessem que nos apresentar qualquer argumento para a imposição é, no mínimo, injusto, e, evidentemente, difícilíssimo.

A desinformação, os interesses políticos, a questão ou somente o discurso moral conduzindo as ações daqueles primeiros agentes políticos, inauguraram o debate sobre a questão das drogas sob o viés exclusivo da proibição.

O fim da carreira de Wright é revelador da hipocrisia que é a proibição, vez que acabou sendo afastado da administração pública por seu envolvimento com o álcool, tão combatido no início do século passado, principalmente nos EUA, onde o movimento religioso buscava promover uma *sociedade sóbria*.⁷

Os EUA continuaram a sua cruzada contra as drogas e os médicos foram, na verdade, enganados. As associações médicas e as indústrias farmacêuticas queriam uma legislação que regulamentasse as drogas, como qualquer medicamento, e a primeira legislação norte-americana prometia regulamentar o registro e a distribuição das substâncias que já eram e continuariam sendo fabricadas, como já eram e continuariam sendo prescritas pelos médicos.⁸

Ocorre que essa primeira legislação, escrita por Wright, obrigou os médicos a terem registro perante o governo federal para que a droga fosse ministrada, obrigando

igualmente o registro de todas as transações e prescrições.

Não demorou para que a atividade fiscalizadora do então Departamento do Tesouro norte-americano, o órgão responsável para fazer cumprir a primeira lei de drogas daquele país, o *Harrison Act*, ganhasse ares policiais e os fiscais-policiais começassem a perseguir os médicos.

Primeiramente criou-se uma espécie de jurisprudência administrativa na qual se o médico não receitasse a droga para o fim de diminuir a dosagem ou “reduzir a quantidade prescrita paulatinamente” estaria violando a lei.⁹

Resultado, os médicos passaram a ter medo, fazendo com que os usuários fossem buscar drogas no mercado negro, tornando a mercadoria mais cara e o tráfico mais vantajoso para o comerciante ilegal. Enquanto isso os fiscais-policiais do governo ficaram vulneráveis à corrupção: a quantidade de casos envolvendo agentes federais de narcóticos aumentou consideravelmente: só entre 1920 e 1929, 752 agentes, representando 28 % do total, foram demitidos por envolvimento com o tráfico ilegal, por abandono de função, por apresentar relatórios falsos, perjúrios, fraudes e outras acusações.¹⁰

Mas os médicos foram os que mais sofreram: apenas nos doze anos seguintes à entrada em vigor da *Harrison Act*, no mínimo 25 mil médicos foram presos sob acusação de venda ilegal de drogas, com 3 mil condenados e milhares outros com suas licenças revogadas. Mesmo clínicas que estavam obtendo sucesso na diminuição do uso de drogas em determinadas regiões foram fechadas.¹¹

Os dados acima, de história e de estatísticas, provam que a proibição ignora o conhecimento médico, sempre ignorou. A questão das drogas é moral e, posta nas mãos da polícia, ganha ares de repressão ditatorial.

A polícia brasileira

No Brasil não precisamos nem mesmo de fundamentos ou debates sobre as vantagens da proibição. Bastou assinarmos os tratados já prontos e acreditarmos que estávamos fazendo a coisa certa, independentemente dos nossos próprios problemas.

Aliás, a própria medicina norte-americana se queixa do que chamam de pirâmide do preconceito (*pyramid of prejudice*). Hart, Ksir e Ray, autores de uma das obras referência sobre drogas nos EUA, lembram que os conceitos, os livros sobre drogas, começaram a ser escritos na época da cruzada proibicionista e foram se reproduzindo, como foram se reproduzindo os seus erros e exageros.¹²

Os episódios do começo da proibição nos alertam contra outra tendência, a do discurso de que as drogas é uma questão de saúde pública. Sim, em alguns casos, nos casos em que a droga efetivamente causa problema, trata-se de questão de saúde pública,

mas a saúde pública não pode se misturar com a atividade policial, pois esta, principalmente em questões complexas, que permitem a discricionariedade do policial, causam medo. E não se promove saúde com medo.

De qualquer forma, já exageramos falando sobre os médicos e suas situações. Exageramos instintivamente, porque falamos com médicos. Mas de onde falamos, de nossa experiência de vinte anos como juiz criminal, os argumentos sobre a atividade médica têm pouco valor. Precisamos, assim, falar do que temos conhecimento de causa, e os médicos não: da polícia e da atividade judicial.

Como dito, nós representantes, detentores de uma parcela do poder político, alienados, exercemos nossas atividades esquecendo muitas questões sociais. O juiz normalmente acha que seu papel é ser rigoroso com o que ele entende por criminalidade que, na verdade, é o que a polícia entende por criminalidade. O juiz acaba se tornando um legitimador da atividade policial do Estado, usando o direito como uma espécie de chancelador das prisões feitas na rua que, sabemos, muitas vezes são arbitrárias.

Nenhum de nós da classe média, juízes, médicos, qualquer um, se preocupa com o fato de que só pobres estão presos. Que as penitenciárias são os campos de concentração de hoje em dia e que penas de morte de todos os tipos são executadas nesses lugares.

Nós nos preocupamos sim quando somos assaltados, roubados ou sofremos uma violência e temos que procurar a polícia. Aí a dificuldade é conhecida de todos. A polícia não investiga mais, não previne mais, se é que algum dia já preveniu algo no Brasil, mas a polícia não tem cumprido efetivamente o seu papel principalmente em razão da guerra às drogas.

Por ser mais fácil fazer uma blitz e prender três ou quatro com dez ou quinze *trouxinhas* de qualquer tipo de droga ilegal, a polícia não investiga mais assaltos, sequestros ou mesmo homicídios. Todos os demais crimes podem ser deixados de lado, pois em cada esquina está garantida a produtividade do policial.

Infelizmente só nos damos conta disso quando precisamos da polícia e estamos sempre pensando que não vamos precisar.

Pior quando se chega na justiça. Abarrotada de processos, com juízes atribulados, a verdadeira Justiça resta prejudicada. Pessoas são condenadas a toque de caixa.

A cultura do medo que a guerra às drogas trouxe transformou o policial, aquele PM que está na rua, no verdadeiro juiz. Sim, pois é o policial na rua que decide se aquela quantidade de droga encontrada (às vezes nem encontrada) na posse do cidadão era para fins de consumo ou de tráfico. E, se decidido que era para fins de tráfico, ninguém mais conseguirá afastar a pecha de traficante daquela pessoa.

O juiz tem medo de soltar o “traficante”, a pessoa indiciada, fichada como tal. A cultura do medo que a guerra às drogas trouxe engessou o juiz, também ser humano, também passível de medos. O traficante, aquele que resolveu vender uma mercadoria para um outro que queria comprar, ou seja, agiu para obter lucro, conduta altamente estimulada pelo nosso sistema, esse traficante é o inimigo número um do policial, do juiz e da imprensa.

As pessoas normalmente não sabem, mas o Supremo Tribunal Federal, por sua jurisprudência, autoriza que os policiais sejam também testemunhas nos processos, criando-se uma situação *sui generis*: as mesmas pessoas combatem a droga, escolhem quem vai ser o traficante, prendem essa pessoa e ainda são as testemunhas do processo. No final das contas, é impossível se defender de uma acusação de tráfico.

Desculpem, porque também não pretendia um texto jurídico, mas é necessário transcrever um trecho de um acórdão do STF: “...Esta Suprema Corte firmou o entendimento no sentido de que não há irregularidade no fato de os policiais que participaram das diligências ou da prisão em flagrante serem ouvidos como testemunha...” (STF, 1ª Turma, RHC 108586, Relator Min. Ricardo Lewandowski, julgado em 09/08/2011, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-172, votação unânime).

E ponha suprema nisso. Hoje em dia, na estrutura do judiciário, é quase um herege quem viola ou não segue os entendimentos do STF. E a polícia se aproveita disso, pois se pode ser a testemunha do processo do cidadão que ela prendeu, para quem ela vai procurar outras testemunhas para o caso?

E realmente ficamos sem testemunhas. Será objeto de minha pesquisa de doutorado avaliar o índice de processos em que as pessoas são presas com testemunhas exclusivamente policiais, mas posso adiantar, pela experiência, que esse índice chegará à casa de mais de noventa por cento.

Nós como cidadãos temos que nos preocupar com isso. Afinal, apesar de livres, a polícia está solta por aí também. Qualquer um, a qualquer momento, pode ser tido como traficante e as testemunhas do seu processo serão justamente aquelas pessoas que disseram quem é o traficante.

Mas o traficante precisa preencher um estereótipo. O do pobre. E por isso só se prende aviões, mulas, pessoas que são substituídas no dia seguinte na rua pela hierarquia do tráfico.

O traficante das prisões não transporta cocaína de helicóptero, e isso há que ser reconhecido, tido como fato e ingrediente de nossa reflexão sobre a proibição das drogas, reflexão necessária para não continuarmos agravando esse quadro de injustiça social e de desfuncionalidade da própria justiça.

A polícia norte-americana

Necessário falar que a polícia norte-americana também tem violado direitos. Interessa-nos saber das violações ocorridas nos EUA não só porque, como referido, é de lá que vem o grito de guerra, mas também porque vige aqui ainda a cultura de que tudo no país do norte funciona e se na guerra travada aqui há violações, estas ocorrem por falha nossa, por não seguir exatamente a imagem de disciplina e competência exportada.

Assim, nos permitimos citar três entre muitos episódios norte-americanos de violações. Whren e Brown, ambos negros, tiveram seu carro parado pela polícia sob o pretexto de que não deram sinal para dobrar e pararam abruptamente no sinal fechado. Os policiais depois confessaram ter parado os dois por suspeitar da posse de drogas, mas não havia qualquer evidência objetiva para tal suspeita. Ocorre que aparentemente a intuição policial estava correta. Segundo as declarações policiais o motorista estava com um pacote de cocaína no colo.

Whren e Brown alegaram que “permitir à polícia o uso de pequenas infrações de trânsito como pretexto para investigações infundadas permitiria à polícia escolher qualquer um como objeto de uma investigação, sem qualquer evidência acerca de atividade ilegal, “ todavia a condenação de ambos foi mantida pela Suprema Corte norte-americana.¹³

Quando o réu tem condições para ter uma melhor defesa, o resultado pode ser diferente, mas não menos dramático. Na década de 90 a polícia invadiu a casa de Donald Carlson em San Diego usando granadas, agindo com base em uma informação prestada por um informante pago de que a casa estava vazia e a garagem estava sendo usada para acondicionar uma grande quantidade de cocaína. Resultado: Carlson estava na casa e foi atingido seriamente; depois, considerado inocente, mas perdendo um quarto de sua capacidade pulmonar, ganhou a indenização de \$2.75 milhões de dólares. O autor informa que desde 1971 a jurisprudência americana tem imposto como exigência para a emissão de mandado com base em informação anônima que esta contenha “detalhes suficientes” baseados na “totalidade das circunstâncias”, requisitos genéricos, mas que não deixam de servir de limite ao anonimato.⁷

O terceiro exemplo é o de Carlos Rodriguez, em New Jersey, em 1988. Susan Hendricks e Fred Bennett foram ao seu apartamento para comprar cocaína. Logo após a compra, Susan e Fred passaram a colocar a droga em pequenos papélotes para revender, ocasião em que a polícia invadiu a casa de Carlos e, para não deixar evidências, Susan e Fred engoliram os diversos papélotes que tinham consigo. Imediatamente Susan passou a ter convulsões e a emergência médica foi chamada.

Meia hora depois, Fred, que não tinha informado também ter ingerido os papélotes, passa a ter convulsões também e morre no local. Susan morre na emergência do hospital. Duas coisas impressionam no desfecho dessa história. A primeira é que as “estatísticas do

governo catalogaram as mortes de Hendricks e Bennett como causadas por overdose de cocaína” A segunda é o fato de que Carlos foi condenado por homicídio, tráfico seguido de homicídio, com base em uma lei de New Jersey de 1986. ¹⁴

O fato acima demonstra como se deturpam dados em nome da guerra às drogas, fazendo com que duas mortes causadas pela guerra pareçam ter sido causadas pelas drogas, e demonstra ainda o quanto se perde de bom senso na ânsia por se punir cada vez mais e de forma mais severa, em nome da discricionariedade da guerra e sem proporcionalidade, também característica do ódio de guerra.

O que ocorre no Brasil em termos de discricionariedade policial é muito pior, pois até a invasão de domicílio é permitida sem qualquer mandado, bastando para tanto que a polícia efetivamente ache alguma quantidade de drogas na casa do cidadão, o que obviamente estimula diversos tipos de abuso de autoridade.

Conclusão

A questão das drogas é muito mais ampla do que pudemos resumir nesse breve texto, a questão da guerra às drogas é maior e mais complexa ainda.

Seres humanos sendo mortos por se envolverem em uma relação comercial, parte da polícia corrompida e outra parte ocupada com essa relação, o crime organizado sendo financiado, as hipóteses e possibilidades científicas sendo limitadas e nossas crianças sendo (des)educadas com a política policial do não como única resposta. Enfim, são inúmeras as questões que indicam para a falência total do modelo proibicionista.

As pessoas, hoje em dia, têm medo da polícia, a mesma polícia paga por elas para a proteção de todos. E esse medo é geral, resultado principalmente da guerra às drogas, que não desvirtua só o procedimento judicial contra os traficantes, mas todo e qualquer procedimento judicial, pois o medo passa a comandar as posturas, legislações e condutas judiciais.

Nesse ponto a medicina está na frente do direito. Profissionais da saúde têm em geral mais humildade do que nós profissionais do direito e a prova disso é esse texto, mas todos nós precisamos, ainda assim, de mais humildade.

Humildade para reconhecer que nunca teremos um mundo perfeito, sem drogas. Humildade para reconhecer que o comércio ilegal de drogas é um comércio natural, pois onde há demanda haverá oferta. E humildade principalmente para reconhecer que erramos, que precisamos dar um passo atrás e parar de encarcerar cada vez mais pessoas em nome dessa guerra que não se pode vencer.

Falamos da imposição norte-americana sobre os demais países para a proibição e para o aumento do rigor na guerra às drogas, mas hoje os EUA mesmo têm dado mostras

de mudança de sua política.

Mudança de inimigo, resultado de debates, interesse econômico diverso, não importa os motivos da alteração paulatina que tem acontecido nos EUA. Nós estamos no Brasil e se não pensarmos por nós mesmos, se continuarmos prendendo nossos irmãos numa guerra que não foi por nós declarada, acabaremos observando o mundo tomar essa decisão e, no fim, e mais uma vez, teremos nossa decisão imposta de fora para dentro.

A irracionalidade da proibição tem perdido para a racionalidade estreita do mercado e quando nos for imposta a liberação das drogas, cada droga liberada já chegará aqui com seu monopólio e, talvez, ainda tenhamos que comprar droga dos EUA. Mais uma vez!

Referências

1. BROEKMAN J M. *Intertwinements of law and medicine*. Leuven: Leuven University Press; 1996.
2. CANGUILHEM G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 2009.
3. DANIELS A. *Drogas, a síndrome da mentira*. Dicta&Contradicta. 2011; 8: 32-40.
4. SALAS D. *O delinquente sexual*. In: Garapon A, Salas D. *A justiça e o mal*. Lisboa: Instituto Piaget; 1997. p. 45-74.
5. BOTELHO JB. *História da medicina: da abstração à materialidade*. Manaus: Editora Valer; 2011.
6. McALLIESTER WB. *Drug diplomacy in the twentieth century: an international history*. New York: Routledge; 2000.
7. GRAY M. *Drug crazy: how we got into this mess and how we can get out*. New York: Routledge; 1998.
8. ESCOHOTADO A. *Historia general de las drogas*. 8.ed. Madri: Espasa; 2008.
9. BERTRAM E, BLACHMAN M, SHARPE K, ANDREAS P. *Drug war politics: the price of denial*. Los Angeles: University of California Press; 1996.
10. KRIEGER J. *The Oxford companion to comparative politics*. New York: Oxford University Press; 2012.
11. BAER HA, SINGER M, SUSSER I. *Medical anthropology and the world system*. 2nd ed. Connecticut: Praeger Publishers; 2003.
12. HART CL, KSIR C, RAY O. *Drugs, society & human behavior*. 13th ed. New York: Mc Graw Hill; 2009.
13. ALEXANDER M. *The new Jim Crow: mass incarceration in the age of colorblindness*. New York: The New Press; 2012.
14. HUSAK D. *Overcriminalization: the limits of criminal law*. New York: Oxford University Press; 2008.

Bases teóricas e metodológicas da investigação da violência

Mário Elkin

Resumo

A violência não é um conceito psicanalítico, e sim um termo do campo da sociologia. Mas podemos tecer elaborações sobre a violência a partir de alguns conceitos psicanalíticos propostos por Sigmund Freud e Jacques Lacan. Com base no referencial psicanalítico em interface com outras disciplinas, desde 1998, na Universidade de Antioquia, onde o autor exerce a docência, dois grupos de pesquisa têm abordado a violência. O primeiro é o Grupo Interdisciplinar sobre Conflitos e Violência e o segundo é o Grupo de Pesquisa Psicanálise, Sujeito e Sociedade, onde há uma Linha de Pesquisa denominada Psicanálise e problemas da civilização contemporânea, a partir da qual investigamos esse grave problema. Este último grupo tem a função de apoiar um Mestrado em Investigação Psicanalítica, dispositivo institucional no qual pensamos e pesquisamos o fenômeno da violência.

Palavras-chave: *violência, pesquisa, interdisciplinaridade.*

A violência não é um conceito psicanalítico, e sim um termo do campo da sociologia. Mas podemos tecer elaborações sobre a violência a partir de alguns conceitos psicanalíticos propostos por Sigmund Freud e Jacques Lacan.

Freud escreveu vários textos relacionados à civilização: *A Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna*, *Totem e Tabu*, *Psicologia das massas* e *Análise do Eu*, *O mal-estar na civilização*, para citar os mais conhecidos. Ele também propôs alguns conceitos que fazem da psicanálise não apenas uma teoria do psiquismo singular, mas também um marco conceitual para pensar o social: identificação, pulsão de morte, supereu, relação do sujeito com a lei, entre outros eixos.

Lacan também fez uma reflexão sobre o sujeito em sua interação com os outros, em textos como: *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada*, *A psiquiatria inglesa e a guerra*, *Agressividade em psicanálise*, *Os complexos familiares na formação do indivíduo*, *Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia*, entre outros. Portanto, o conceito de violência também pode ter uma abordagem teórica e metodológica orientada pela psicanálise lacaniana.

Com base nesses antecedentes, desde 1998, em Medellín, Colômbia, na Universidade de Antioquia, onde o autor exerce a docência, dois Grupos de Pesquisa têm abordado a violência a partir dessa perspectiva.

O primeiro é o *Grupo Interdisciplinar sobre Conflitos e Violência* e o segundo é o grupo de pesquisa *Psicanálise, Sujeito e Sociedade*, onde há uma Linha de Pesquisa chamada *Psicanálise e problemas da civilização contemporânea*, a partir da qual investigamos esse problema. Este último tem a função de apoiar um Mestrado em Investigação Psicanalítica, dispositivo institucional no qual pensamos e pesquisamos o fenômeno da violência.

Colegas psicanalistas da linha de pesquisa *Psicanálise e problemas da civilização contemporânea* têm escrito alguns livros sobre o tema.^{1, 2, 3, 4, 5}

O grupo sobre conflito e violência também produziu alguns livros sobre o tema do conflito armado colombiano.⁶

Além disso, o autor trabalhou algumas questões específicas de violência social.^{7, 8, 9} Esse percurso consolidou as bases teóricas e metodológicas para a pesquisa da violência sob o prisma da psicanálise, em interface com outras disciplinas.

Acreditamos que a metodologia tenha sido diferente em cada grupo. No grupo interdisciplinar, precisamente por esse traço da diversidade, fomos capazes de estudar vários modelos para que pudéssemos criar uma interface entre criminologistas, cientistas políticos, jornalistas, antropólogos, assistentes sociais e psicanalistas. Um traço homogêneo nesse grupo foi a busca de trabalhos com a metodologia qualitativa.

Na investigação sobre as *Dinâmicas de guerra*, por exemplo, encontramos o que é chamado de *Teoria fundada*, que é uma metodologia originada no trabalho social e na saúde pública, e que não parte de um marco teórico anterior, mas emerge das entrevistas com a população do estudo. Na análise das entrevistas, a análise pode isolar o que é chamado de categorias emergentes no discurso dos entrevistados, que são depois elevadas à dignidade de conceitos.

Para nós foi uma novidade encontrar esta metodologia, que aqui simplifico, porque esta coincide com o que fazemos na clínica psicanalítica. Escutamos o analisante sem um marco teórico prévio, sem julgamento anterior do diagnóstico e, na escuta, encontramos significantes que se repetem, e que se alojam em um lugar central no discurso do sujeito.

Ao encontrar essa afinidade, fizemos *entrevistas em profundidade*, que é também uma técnica qualitativa e também *grupos focais*, que são entrevistas em grupo. Estritamente falando, não fizemos teoria fundada, mas partimos dela para logo, como psicanalistas, ver como a entrevista clínica, a análise clínica dos discursos, das categorias emergentes dos entrevistados, poderiam se aproximar de conceitos psicanalíticos para enriquecê-los ou provocar um debate e encontrar novidades, tanto no campo da psicanálise como na pesquisa do fenômeno mesmo que estávamos estudando.

Encontramos, por exemplo, que havia ciclos repetidos de violência nos bairros habitados pelos entrevistados. No início, havia gangues de criminosos comuns, em uma invasão que fundou o bairro, mas onde não havia nenhuma lei, nenhuma regulação das relações da população, que era proveniente de regiões muito pobres do país. Logo, esses grupos foram exterminados por milícias que constituíam a ala urbana das guerrilhas que há mais de 50 anos lutavam contra o Estado no campo. Esses militantes cometeram os mesmos abusos que os grupos criminosos que haviam sido exterminados, e setores da comunidade apoiaram grupos de extrema direita, para exterminar os grupos de esquerda que formavam as milícias. No entanto, depois esses mesmos grupos paramilitares incorreram também excessos das milícias. Apreendemos que havia uma repetição do mesmo, apenas com mudança dos atores.

A psicanálise nos havia sensibilizado na clínica para a captura da repetição como o tempo da pulsão de morte, e por isso logramos apreender a repetição social de um ciclo de violência, no qual as crianças que foram testemunhas dos crimes, anos mais tarde, se tornavam os atores destes crimes ou as vítimas. Um ciclo infernal de violência que se reproduzia.

A mesma metodologia nos ajudou em um campo muito diferente. Um colega psicanalista que trabalha em uma instituição para mulheres, percebeu uma dificuldade subjetiva de algumas mulheres feministas com uma sólida formação política, líderes comunitárias, intelectuais, etc., que no atendimento de orientação psicanalítica relatavam ter o sentimento de não ter os direitos que haviam conquistado com suas lutas sociais.

Iniciamos uma pesquisa sobre o tema.

Aplicamos a metodologia da teoria fundada adaptada à psicanálise. Analisamos as entrevistas gravadas e transcritas, atentos aos significantes dessas mulheres e percebemos a repetição contundente da palavra sacrifício. Sacrifício não é um conceito psicanalítico, há apenas duas alusões em Freud sobre o sacrifício de Abraão. Mas esta categoria emergente nos levou a conceitos como o supereu, a culpa, e logo percebemos que essa palavra não veio do discurso político, nem do feminismo, mas do discurso materno. Essas mulheres se lembraram que suas mães diziam: “você tem que se sacrificar pelos filhos”, “você tem que se sacrificar pelo marido”, “você tem que se sacrificar pela família”, “você tem que se sacrificar pelos seus pais”. Então associamos o conceito de supereu com o de devastação materna e verificamos que o obstáculo subjetivo emergia dessa voz do supereu materno, que de forma obscena e cruel transmitia a essas mulheres um sentimento de indignidade, que exigia o sacrifício e as impedia de desfrutar de suas conquistas políticas. Trata-se de algo novo, de um conhecimento construído a partir da análise de uma fenomenologia inédita.

A experiência com as entrevistas investigativas nos levou a refletir sobre suas diferenças com a entrevista clínica de orientação psicanalítica. O ponto crucial é que o que se busca na entrevista no âmbito da investigação não é uma mudança de posição subjetiva do entrevistado, mas a informação que ele pode fornecer. Portanto, não há interpretação, nem corte, nem intervenções do analista/pesquisador dirigidas ao sujeito da enunciação. O que se busca é o enunciado independente do sujeito da enunciação. Mas se a análise dessa informação é feita com todo o rigor clínico, tomando o discurso como se fosse o de um analisante, observam-se os lapsos, as inconsistências, as lacunas, as emergências do gozo no discurso, etc.

Na pesquisa sobre *Construções discursivas da inimizade no conflito armado colombiano*, visando à construção de uma base metodológica comum com pesquisadores de outras disciplinas, estudamos a metodologia de análise crítica do discurso.

Nesse caso, a inovação metodológica consistiu em ultrapassar as intencionalidades conscientes do emissor, que é o que esse método pode elucidar, para interrogarmos na análise do material, as intencionalidades inconscientes.

Verificamos como o inimigo é construído no conflito armado colombiano, a partir do exame de discursos dos guerrilheiros, paramilitares, agentes governamentais com uma função militar. E encontramos, por exemplo, *um espelho sangrento*, no qual é colocada toda a avaliação negativa de si mesmo no inimigo para se mostrar como a personificação dos valores mais positivos e exaltados pela sociedade, aparecendo como uma alma pura e bela, enquanto o inimigo é revestido com os piores atributos. Era surpreendente ver como, independentemente do ator, o mecanismo iria gradualmente revelando a repetição. Vivia-se em um estado paradisíaco, até que um ator armado externo chegava para impor o caos,

para atacar, e então a contundência do contra-ataque era justificada como uma legítima defesa de um ser que até então era um habitante inofensivo de um refúgio de paz. Mas também a agressividade, posta como tendência destrutiva, funcionava como mecanismo especular, imaginário, com efeitos de horror na ordem do real: morto por morto, atentado por atentado, em uma simetria que une cada ator ao inimigo, que se torna necessário para afirmar a identidade própria.

O processo de investigação resultou em um aprendizado sobre técnicas de coleta de dados, de documentação, de gerenciamento de arquivos, de consulta de bancos de dados, de elaboração sobre contextos políticos, intelectuais e artísticos, de construção sobre o estado da arte, em um processo de discussão interdisciplinar, com discussões semanais.

A necessidade de uma base metodológica comum, exigiu dos analistas essas inovações metodológicas, para pensar com a psicanálise os instrumentos da pesquisa qualitativa. Foi necessária também a construção de uma base teórica comum.

No início não foi fácil nos entendermos nessa Babel de disciplinas: o antropólogo dizia algo que o criminologista não entendia, o psicanalista falava uma linguagem hermética que o comunicólogo não entendia, o cientista político dizia coisas que o analista não compreendia.

Trabalhamos prontamente com *categorias ponte*, ou seja, noções gerais que eram abordadas por cada disciplina, para a construção de que o código mínimo comum. Por exemplo, cultura. Há um conceito de cultura na antropologia, na psicanálise, na ciência política, e aprendemos uns com os outros sobre os diversos aportes. Os psicanalistas aprenderam política, os jornalistas aprenderam psicanálise, e assim por diante. Foi muito enriquecedor. É importante ressaltar nunca houve a pretensão de colonizar os outros, de torná-los psicanalistas, nem de nos tornarmos criminologistas, cientistas políticos ou antropólogos. Mas cada material fornecido pela outra disciplina estudada nos fez refletir sobre a nossa própria disciplina, com a emergência de novas questões e impasses.

Tudo isso foi possível a partir de dois valores: o respeito pela outra disciplina e pelo outro investigador e o bom humor. Isto permitiu tratar as rivalidades e tensões que são inerentes a cada grupo humano.

Em relação ao Grupo *Psicanálise, sujeito e sociedade*, havia aparentemente uma maior homogeneidade conceitual. Mas o processo de trabalho revelou a diversidade. No campo psicanalítico, há diferentes escolas, orientações, autores, disputas conceituais, políticas, clínicas. E o aparente código comum torna-se um equívoco quando se usam termos sem explicá-los, acreditando que o outro entende. O que não aconteceu no outro grupo.

Por afinidades eletivas, os membros desse grupo psicanalítico se reuniram para

trabalhar em diferentes linhas de pesquisa, algumas em *Clínica e afecções do corpo*, outros em *Psicanálise e filosofia* e outros ainda com o tema *Psicanálise e problemas sociais da cultura contemporânea*.

Apoiamos a partir dessas linhas de pesquisa mais de 70 alunos do Mestrado e sistematizamos essa experiência no livro *Psicanálise e pesquisa na universidade*,⁵ no qual o nosso percurso de orientação desses trabalhos, de emprego de metodologias específicas da psicanálise e de investigação dos fenômenos sociais é formalizado. Também nele as investigações dos docentes foram inscritas, como também as de alguns alunos do Mestrado, o que gerou uma linha editorial sobre as pesquisas.

Trata-se de um breve resumo da experiência que pode contribuir para as bases teóricas e metodológicas na pesquisa sobre a violência, a partir do ponto de vista da violência contra a criança e o adolescente, violência contra a mulher, violência nas escolas, violência na guerra urbana, nos conflitos armados, na Primeira Guerra Mundial, entre outras violências.

Referências

1. GALLO H. *El sujeto criminal, una aproximación psicoanalítica al crimen como objeto social*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.
2. GALLO H. *Maltrato infantil, Teoría y clínica psicoanalítica*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.
3. JARAMILLO AM. *Mujeres maltratadas: ¿víctimas o sujetos?* Medellín: Universidad de Antioquia; 2013.
4. GALLO H, JARAMILLO AM, RAMÍREZ ME, LÓPEZ R. *Feminidades, sacrificio y negociación en el tiempo de los derechos*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010.
5. GALLO H, RAMÍREZ ME. *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Buenos Aires: Grama; 2012.
6. ANGARITA PE, ZULUAGA BIJ, GALLO H. *Dinámicas de guerra y construcción de paz, estudio interdisciplinario del conflicto armado en la Comuna 13 de Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.
7. RAMÍREZ ME. *Psicoanalistas en el frente de batalla, las neurosis de guerra en la Primera Guerra Mundial*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.
8. RAMÍREZ ME. *Órdenes de hierro*. Medellín: La Carreta; 2007.
9. RAMÍREZ ME. *Actualidad de la agresividad en psicoanálisis de Jacques Lacan*. Buenos Aires: Grama; 2010.

Tradução:

Cristiane de Freitas Cunha

Observações para uma cartografia da violência na obra de Freud

Flávio Eustáquio Bertelli
Paulo Roberto Ceccarelli

Resumo

Neste trabalho propõe-se estudar a obra de Freud com o objetivo de extrair dela sinais do tratamento da violência como fenômeno para a possível elaboração de uma cartografia sobre a violência. Expressa entender a psicanálise como um dos discursos mais importantes para o estudo da violência epidêmica que grassa na sociedade contemporânea, defendendo o ponto de vista de que somente com um trabalho interdisciplinar tal tarefa será possível. Nas suas conclusões discorre sobre a complexidade do tema, propondo uma cartografia – por ser um método para elencar com maior amplitude as dificuldades que se apresentam.

Palavras chave: *Violência. Pulsão. Complexo de Édipo. Identificação. Cartografia.*

A violência não é um fato novo. De pronto, rechaçando a ideia de que ela seja naturalizada pela biologização, o tema da violência tornou-se um assunto de grande intensidade, repercutindo nas discussões entre sociólogos, filósofos, antropólogos, psicólogos, psicanalistas, políticos, policiais, juristas e até mesmo religiosos.

A Psicanálise inseriu-se definitivamente nessas discussões, ao colocar-se como campo do conhecimento, além de uma simples terapêutica para tratamento de problemas emocionais. Ao trazer a polêmica da sexualidade do ser humano, contradizendo e reformulando a medicina e a psicologia de sua época, Freud alinhou-se aos grandes pensadores da humanidade.

Diferentemente de outros autores, Freud toma caminhos bem diferentes para abordar a agressividade e suas ligações com a destruição e a violência. Assim, Dadoun¹ afirma que 'a violência nunca se apazigua', não deixando dúvidas sobre a violência ser constitutiva do ser humano:

[...] Homo violens, tal como o apresentamos e analisamos aqui, é o ser humano definido, estruturado, intrínseca e fundamentalmente pela violência^{1, p.8}

Para Girard, como exposto pelo prefaciador Edgar de Assis Carvalho² a violência teria a ver, sempre, com o sagrado:

[...] os homens são governados por um mimetismo instintivo responsável pelo desencadeamento de 'comportamentos de apropriação mimética' geradores de conflitos e rivalidades de tal ordem, que a violência seria *um componente natural das sociedades humanas* a ser incessantemente *exorcizado pelo sacrifício de vítimas expiatórias*.^{2, p.7}

Já Freud, no decorrer de sua obra vai desenvolver, ora com a noção de *identificação*,³⁻⁶ ora com a de *identidade*, um conceito hoje em dia estratégico⁷, um de seus conceitos mais importantes e conhecidos, o Complexo de Édipo^{5,6} que, de alguma maneira, vai conduzir seu pensamento quando trata de fatos e versões da violência.

Desde seus primeiros escritos Freud menciona a violência como componente importante nas suas reflexões. A palavra violência, literalmente, aparece 94 vezes em 55 de seus trabalhos²⁷. Ao se avizinhar o séc. XX, Freud vai se aproximando da necessidade de sair do estritamente individual para tratar também do coletivo, vale dizer, ele se socorre da antropologia, da sociologia e até mesmo da filosofia social.

É comum, em se tratando da Psicanálise, ao abordar agressividade e violência, lembrar-se do texto escrito por Freud em 1929, *O mal estar na civilização*, no qual ele defende a agressividade inata do homem como ponto central da ameaça à vida em sociedade.

Entretanto, a agressividade foi sempre uma questão problemática com a qual Freud se confrontou. Birman acentua que a problemática da agressividade estaria presente desde 1895, com o texto *Psicoterapia da histeria*, no viés da resistência, no registro estritamente clínico, com o Caso Dora (1905), não tendo, ainda, entretanto, uma elaboração teórica no discurso freudiano, porque ‘ela ora pendia para o polo da pulsão sexual, ora para a pulsão do eu, principalmente para este último’.⁸

Desde sua célebre questão com Alfred Adler (1870-1937) sobre a pulsão de agressão, Freud, apesar de concordado com algumas premissas inclusas no trabalho de Adler, comparando-a com o ‘que chamamos de libido’, criticou-a enfaticamente. Um ano depois, no caso *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* conhecido como *O pequeno Hans*, Freud retorna com o dilema sobre agressividade, sendo esse o seu primeiro artigo onde aparecem as exposições iniciais sobre impulsos agressivos.⁹ Nele, Freud, mesmo negando a existência de uma pulsão agressiva autônoma, admite uma ‘capacidade para iniciar movimento’ como ‘atributo universal e indispensável de todas as pulsões,’ demonstrando com clareza como o conceito de *pulsão* tornar-se-ia indispensável à concepção de toda sua obra.

A experiência clínica da *agressividade* propiciou a Freud trabalhar os conceitos de *transferência*^{10,5} e de *ambivalência*,^{10,6} importantes para considerações sobre violência. Para Beatriz de Souza Lima, em sua tese de doutorado:

Podemos identificar três momentos na história da teoria freudiana da agressividade: o período que antecede ao aparecimento do conceito de pulsão, em 1905; o período marcado pela elaboração da primeira teoria pulsional, 1905-1920 e o período posterior à segunda teoria pulsional em 1920.^{11, p. 31}

No processo dessa caminhada Freud produz num mesmo ano, o de 1915, cinco ensaios que juntos, formam um dos seus principais trabalhos, denominado *Metapsicologia*¹², coincidentemente em plena primeira guerra mundial, até então considerado o período mais violento de todos os tempos. Além deles, escreveu no mesmo ano, *Reflexões para os tempos de guerra e morte*.¹³ Sem dúvida estariam ali as coordenadas sobre a violência como fruto da agressividade humana, que para Freud, seriam inatas, e suas posições marcadas por um viés histórico, quando faz considerações filogenéticas como a herança do bem e do mal guardadas em nosso inconsciente, que consideramos, como Joel Birman¹⁴, uma “metáfora do arcaico no discurso freudiano”.^{4, p. 235}

Em seu primeiro contato com uma situação de guerra, fato violento por excelência, Freud expõe duas decepções: a primeira com o que chamou de pouca moralidade do Estado, que sempre se apresenta como pregoeiro de valores morais. É levado a pensar que em tempos de paz o Estado não impede a violência para aboli-la, mas sim para monopolizá-la a seu serviço. Em tempos de guerra, o mesmo Estado se retira dos tratados

e convenções, pedindo a seus cidadãos apoio em nome do patriotismo. Aquela *crueldade* associada à sexualidade infantil, que tratara em 1905, nos três ensaios sobre a teoria da sexualidade¹⁵, – em tempos de guerra, tornar-se-ia inseparável da violência do Estado em seu poder soberano, autorizando os indivíduos a cometerem os piores atos de crueldade, em nome desse mesmo patriotismo.

A segunda desilusão é a constatação de que quando a comunidade não faz objeção a tal conduta do Estado, os indivíduos passam a cometer atos de crueldade e de ‘perfídia’, próximos da barbárie, incompatíveis com o grau de civilização que ‘consideraríamos impossível’. Freud, um contemporâneo *‘avant la lettre’*, está consciente de que

A guerra, porém, não pode ser abolida; enquanto as condições de existência entre as nações continuarem tão diferentes e sua repulsa mútua tão violenta, sempre haverá guerra.^{12, p.338}

Como que se antecipando ao que escreveria sobre a psicologia das massas¹⁶, observa que assim que algumas pessoas estão reunidas, ou quando se trata de milhões de homens, como numa guerra, o que se adquire moralmente se esvai para dar lugar aos comportamentos psíquicos mais primitivos e grosseiros.

Não se pode olvidar que em 1908 Freud havia escrito um ensaio, *Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna*¹⁷, no qual reafirma e expande sua posição de antagonismo entre a civilização e a vida *pulsional*, em grande parte um sumário do que havia posto a descoberto antes, no seu trabalho *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*.¹⁵ Nele sobressaem aspectos sociológicos importantes, que Freud vai usar frequentemente em seus ensaios posteriores.

Para Santos e Ceccarelli¹⁸, Freud nos apresenta, por um lado, uma ‘moral sexual natural’, ‘um conjunto de normas que, embora limitem a sexualidade, o desejo e o prazer, permitem, todavia ao homem conservar sua saúde e sua eficiência na vida social’, enquanto a ‘moral sexual civilizada devemos entender como uma moral extremamente exigente e que, de maneira extremamente tirânica, obriga os homens à privação sexual tendo em vista integrá-lo ao sistema de uma produtividade cultural. Assim, como afirmara nos *Três ensaios*¹⁵, Freud estaria postulando que a sexualidade humana age a serviço próprio, não possuindo objeto fixo, sendo seu objetivo o prazer e não a procriação, o que retira os seus destinos da biologia. Trata-se de uma “construção mítica – o mito individual do neurótico, que permite ao sujeito re-significar a sua história”, continuam os autores.

Tal conflito entre a moral sexual natural e a moral sexual civilizada criaria uma moral dupla, uma ‘óbvia injustiça social’, ao diferenciar homens e mulheres, uma vez que as transgressões masculinas são punidas menos severamente. Tal conflito contém um potencial de violência tal que daí se originaria uma ‘doença nervosa moderna’, pela insatisfação dos indivíduos que teriam de se contentar com uma satisfação substitutiva.

O ensaio acima referido deve ser lido no contexto do iluminismo, como um “filho e consciência crítica da modernidade”, para Di Matteo¹⁹, e tratar-se-ia de um discurso denúncia, porque a ciência e razão seriam libertadoras do conflito. Freud ousa colocar o matrimônio monogâmico em questão, retirando a sexualidade do ambiente puramente privado para torná-lo um problema da cultura, afastando-a de um registro moral de obediência aos usos e costumes, sugerindo uma nova ética sexual que respeitaria as vicissitudes da pulsão sexual, tanto na *pequena história* de cada indivíduo quanto nos impedimentos da *grande história da cultura* (grifo nosso). As neuroses denunciariam, assim, o fracasso de nossa cultura.

Vale dizer que Freud, até então, acreditava na *harmonia* entre os registros do sujeito e do social, posição colocada em questão mais tarde, à medida que sua leitura se dirige para a inserção do sujeito no espaço da modernidade tardia, onde o *desamparo* acarretado pela desarmonia nos laços sociais vai se tornar central no seu discurso⁷. Ou como escreve Freud:

Se uma sociedade paga pela obediência a suas normas com um incremento de doenças nervosas, essa sociedade não pode vangloriar-se de ter obtido lucros de sacrifícios; e nem ao menos falar em lucro. O que ela conseguirá com a frustração excessiva da sexualidade de seus membros é despertar forças hostis à civilização.^{17, p.207}

Desde seus trabalhos pré-psicanalíticos Freud desenvolveu a ideia de uma forma de energia que se situava na origem da atividade humana. Tal energia foi denominada de *pulsão*, nem sempre aparecendo explicitamente, despontando, muitas vezes, sob disfarces necessários, que seria preciso decifrar. Num dos inúmeros acréscimos que efetuou em sua obra *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, escreveria, em 1910, uma definição geral que, em sua essência, foi mantida:

Por pulsão, podemos entender, a princípio, apenas o representante psíquico de uma fonte endosomática de estimulação que flui continuamente, para diferenciá-la do ‘estímulo’, que é produzido por excitações isoladas, vindas de fora. A pulsão, portanto, é um dos conceitos de delimitação entre o anímico e o físico.^{15, p.157}

Freud chega à sua concepção em 1920, na publicação *Além do princípio do prazer*²⁰, quando passa a opor a *pulsão de vida* (Eros) à *pulsão de morte* (Tanatos). Ali ele acrescenta um novo elemento de força, uma pressão (drang), que descreve a própria essência da pulsão, ou “seu fator motor, a quantidade de força ou a medida da exigência de trabalho que ela representa”. Também ali Freud retoma a temática da destruição, ambígua com a de dominação, sem admitir, entretanto, a autonomia, como postulava Adler.

Investigando o desenvolvimento pulsional, Freud acaba por realizar uma genealogia do amor e do ódio. Quando escreve “*Sobre o narcisismo, uma introdução*”²¹,

o desenvolvimento da temática da agressividade e dos sentimentos hostis torna-se extremamente complexo, ao traduzir um duplo formato, sempre tensionado entre a consideração de *si mesmo com a do mundo* (grifo nosso). Essa contradição entre ligação e separação introduz no pensamento freudiano o conceito de *fusão pulsional*. Em consequência, surge também a necessidade de uma des fusão, que, mesmo havendo um predomínio de uma sobre a outra, sempre se apresentarão juntas.

Julgo que uma discussão sobre violência na obra de Freud necessita e merece, pela sua grandiosidade, prosseguir com um viés histórico, dentro de um arco de conhecimento que vai desde a própria psicanálise até outros campos do saber, num exercício de transdisciplinaridade, a ponto de tal atributo de historicidade permitir nomeá-la de *violência histórico-estrutural*, cuja origem vem de Heráclito de Éfeso (544-484 a. C), para quem o conflito era o pai de todas as coisas, cujo fragmento assim enunciou:

A guerra é o pai de todas as coisas, de todas, o rei; a uns, dá à luz, como deuses, outros, como homens; a uns, faz escravos, a outros, livres.^{22, p.532}

Que poderia ser assim definida:

[...]A violência estrutural é inerente a uma situação cujo resultado intencional ou não intencional é o dano ou a destruição, e relativamente ao qual os causadores da situação são indiferentes.^{22, p.405}

Fazendo aqui uma enorme redução no campo de trabalho, tentaremos trazer um resumo esquemático por intermédio de dois ensaios que permeiam o campo da violência e ao mesmo tempo permitem anotar o novo vislumbre de Freud, ao perceber as articulações da modernidade e assinalar a importância de uma mutação, na sua concepção da importância dos laços sociais no estudo da sua Psicanálise. Seria como perscrutar para extrair a visão *do social* em Freud.

Foi em *Totem e Tabu*¹⁰ que Freud descreveu aquele considerado por ele o momento inaugural da cultura, com a narrativa do assassinato do *pai primevo* pela horda primitiva, e por consequência instaura-se a *interdição do incesto*. Nele Freud compara a psicologia dos povos primitivos com a psicologia dos neuróticos. O núcleo passa a ser, por conseguinte, a família, não só o indivíduo. Tal perspectiva do social, inaugurada em 1908, com o citado *Moral sexual civilizada e doença nervosa*¹⁷, se expande. Entre autores visitados por ele, contradizendo ou confirmando, Freud esclarece sobre a ambivalência dos sentimentos, afetos e desejos, que se deslocam na defesa de algumas sensações inconscientes, aparentemente corriqueiras na vida de todos nós.

Consumam-se, no ensaio, as três interdições para o advento do momento inaugural da cultura, para Freud: a proibição do incesto, do canibalismo presente na devoração do

pai morto: o banquete totêmico e do prazer de matar. O que está em questão é decifrar o simbolismo arcaico e talvez o ainda não superado limite do pensamento moderno.

Para Joel Birman

Freud procurou pensar nas condições de possibilidades para a conjuração da onipotência da força pulsional, pretendendo delinear assim a constituição da sociedade e da democracia modernas. Como construiu sua leitura? Pela evocação de um mito das origens, que retirou da biologia evolucionista de Darwin.^{23, p.541}

Pode-se depreender facilmente dessa construção mítica: o que estava aqui em pauta era a constituição da modernidade política do Ocidente. [...] Vale dizer, a sociedade moderna seria marcada pela fraternidade, correlata da condição de igualdade dos cidadãos. Assim, face à sociedade anterior caracterizada pela tirania e pela soberania do rei, se constituiu uma associação fraterna de iguais, de maneira que o múltiplo seria o que passou a caracterizar a sociedade moderna.^{23, p.542}

Assim, nessa leitura onde a posição estratégica da culpa assumiria o papel de reguladora da força para o estabelecimento dos laços sociais, a aproximação com a antropologia, especialmente com a de Rousseau (1712-1778), é patente, articulando a piedade e a culpa.

Em *Psicologia de grupo e análise do ego*²⁰, a sequência de pontos de vista de Freud deriva, em sua maioria, do quarto ensaio de Totem e Tabu¹⁰, e de seus artigos *Narcisismo, uma introdução*²¹ e *Luto e Melancolia*²⁴.

O ensaio busca tornar clara a relação da psicologia das massas a partir da psicologia individual, antecipando um novo tópico para explicar a estrutura e o funcionamento do aparelho psíquico – id, ego e superego. O discurso freudiano tenta demonstrar que as confrontações mortais entre os sujeitos não estariam restritas aos tempos de guerra entre nações, mas também no interior de cada um. A confrontação existiria, portanto, permanentemente entre grupos, segmentos e classes sociais.

Freud vai lançar mão do conceito de libido, uma expressão, conforme já referido, extraída de teorias das emoções:

Damos esse nome à energia, considerada como uma magnitude quantitativa (embora na realidade não seja presentemente mensurável), daqueles instintos que têm a ver com tudo o que pode ser abrangido sob a palavra 'amor'. O núcleo do que queremos significar por amor consiste naturalmente (e é isso que comumente é chamado de amor e que os poetas cantam) no amor sexual, com a união sexual como objetivo. [...] Tentaremos nossa sorte, então, com a suposição de que as

relações amorosas (ou para empregar expressão mais neutra, os laços emocionais) constituem também a essência da mente grupal.^{3, p.115-117.}

Ele trata de reconhecer uma dinâmica diferente entre grupos que denomina de 'estáveis' ou 'artificiais', possuindo uma 'força externa'. Isso nos interessa de forma acentuada, porque Freud enuncia aqui que, em tais grupos, a manutenção de seus membros deve-se, sobremaneira, à *violência* de uma hierarquia que coloca o indivíduo à mercê de um *poder* (grifo nosso) difuso. Embora Freud os mantenha na concepção de grupos com líderes, esboça-se outro projeto, já não mais com Freud dando crédito total à harmonia entre grupos, como concebido em 1913, com *Totem e Tabu*. Manifesta-se agora, uma noção de conflito.

Retomando o caminho de Birman²³, este autor chama a atenção para o fato de Freud, a partir do que desenvolve em *Reflexões*¹³ e o novo limiar da crueldade revelada pela guerra teve que 'transformar suas teorias das pulsões'. O discurso freudiano em *Além do princípio do prazer*²⁰ faz essa retificação, com seu último dualismo pulsional, 'pela consideração que atribuiu à crueldade e à pulsão de destruição neste novo contexto teórico e histórico'.

Assim, se a pulsão sexual e a pulsão do eu se inscrevem agora no campo de pulsão de vida, pela intrincação e ligação que a pulsão de vida realizaria da pulsão de morte, a crueldade e a destrutividade seriam efeitos diretos da pulsão de morte, quando esta seria deixada em estado livre, e não mais sendo regulada pela pulsão de vida. Foi ainda em decorrência disso que o trauma foi aqui retomado como problemática maior pelo discurso freudiano, na medida em que a crueldade e a potência da destruição passaram a ocupar lugares privilegiados na leitura teórica de Freud. Enfim, a compulsão à repetição seria a operação psíquica nova, formulada então por Freud, para regular o registro do traumático no psiquismo.^{23, p.548}

Pai da horda originária, pai do infante e líder acabam por se sobrepor, nos infantilizando. A multidão teria um desejo de autoridade, vale dizer, de submissão, que perpassaria os grupos (massa). Entretanto, Di Matteo¹⁹ percebe uma certa discrepância no enunciado:

Diante do poder sedutor, quase hipnótico, do líder e das massas, 'depósito herdado da filogênese da libido humana', parece que não há como pensar a liberdade e a singularidade. *No entanto, a descrição freudiana da estrutura dessa massa-sociedade, fundada e mantida na ilusão, permite criticar justamente valores que ela mais preza (o chefe e a autoridade) evidenciando os aspectos críticos e positivos presentes na análise freudiana do fato social* (grifo nosso).^{19, p.204}

Talvez por isso Birman²³ chame atenção para o fato de que o discurso freudiano,

nesse momento, passa a enunciar ‘uma tese que se contrapõe literal e rigorosamente ao que formulara anteriormente em *Totem e Tabu*¹⁰, segundo o qual o homem seria um animal de horda, não um animal de massa’ e, por conta disso, enfim, a multiplicidade triunfaria sobre a unidade.

Um pouco mais tarde, em *O problema econômico do masoquismo*²⁵, o que anunciara em 1921, sobre a ordem entre o masoquismo e o sadismo, esta se inverte, com o masoquismo se tornando primário e o sadismo secundário, fórmula que traria à tona uma situação na qual o sujeito poderia dirigir a *violência ao outro*, ou seja, adquirimos uma nova maneira de inscrever a *violência e a crueldade no sujeito ou na singularidade (o ego) ou no social (o outro ou alteridade)* (grifo nosso).

A complexidade do tratamento da violência na obra de Freud exigiria, como preconizamos, um método cujo desenho superaria os aspectos utilizados nos poucos trabalhos onde se utilizam ferramentas isoladas de uma hermenêutica, ou a descrição de uma exegese e, sobretudo, teorias comparativas que resultam em leituras conservadoras e repetitivas, até mesmo quando realizadas por psicanalistas.

A Cartografia é uma proposta de Gilles Deleuze²⁶ derivada de certos caminhos da obra de Foucault que, ao discutir sobre certa espacialização da História, valendo-se de ‘metáforas espaciais’, como posição, campo, deslocamento, território, domínio, solo, arquipélago, geopolítica, paisagem, entre outras, introduzem a ferramenta da cartografia social, ligando os campos do conhecimento das ciências sociais e humanas que, indo muito além de um mapeamento físico, tratam de movimentos, relações, jogos de poder, enfrentamento entre forças, lutas, enunciações, modos de subjetivação, de estetização de si mesmo e práticas de resistência e de liberdade. Isso permitiria agrupá-los em forma de dispositivos sem a preocupação de reuni-los, por exemplo, em um conceito unitário, como de hábito se concretiza nas pesquisas acadêmicas.

Quando nos propomos produzir algumas ‘observações para elaboração de uma cartografia’, pensamos na necessidade de que tais reflexões requeiram o uso constante da interdisciplinaridade ou da transdisciplinaridade, possibilitando resultados menos fragmentados e menores disjunções nas separações, por exemplo, dos objetos do seu meio ou da natureza da cultura. Vivemos hoje na emergência de um pensamento pós-moderno, sinalizando um questionamento contínuo de ações com uma análise crítica.

Ao admitir, em algum momento, a existência das pulsões parciais de domínio e de destruição, Freud não as vincula de modo obrigatório nem à violência biológica nem a suas ramificações com o sagrado. Diríamos que sua filogênese é similar e próxima à historicidade, - uma metáfora do arcaico - tanto que após um solução vitalista quando no estágio do laboratório de Brücke (1819-1892), ele se diferenciou rapidamente dos rumos da medicina alemã da época.

Quadro 1 - Menções à violência na obra de Sigmund Freud

| VOLUME | ARTIGO/TRABALHO | PÁGINA |
|--------|---|--------|
| I | <i>Rascunho B – A etiologia das neuroses.</i> | 255 |
| I | <i>Resenha de Hipnotismo – August Forel.</i> | 143 |
| II | <i>Caso 3. Miss Lucy R.....</i> | 127 |
| II | <i>CASO 5 – Srta. Elizabeth von R.</i> | 152 |
| II | <i>CASO 2 – Srta. Emmy.von N.</i> | 79 |
| III | <i>A etiologia da Histeria</i> | 177 |
| IV | <i>Estímulos sensoriais externos.</i> | 57 |
| IV | <i>O material dos sonhos.</i> | 48 |
| IV | <i>O sentido real dos sonhos.</i> | 93 |
| V | <i>Representação por símbolos nos sonhos.</i> | 332 |
| V | <i>Sonhos absurdos – atividade intelectual nos sonhos.</i> | 398 |
| V | <i>Sobre os sonhos</i> | 569 |
| V | <i>O despertar pelos sonhos. As funções do sonho. Sonho de angústia</i> | 522 |
| VI | <i>Equívocos na ação.</i> | 148 |
| VII | <i>Resumo</i> | 217 |
| VIII | <i>A técnica dos chistes.</i> | 29 |
| VIII | <i>Os chistes e as espécies do cômico.</i> | 207 |
| IX | <i>Sobre as teorias sexuais das crianças.</i> | 211 |
| X | <i>Caso clínico e análise.</i> | 33 |
| X | <i>Discussão.</i> | 10 |
| X | <i>A vida instintual dos neuróticos obsessivos e as origens da compulsão e da dúvida.</i> | 238 |
| X | <i>Iniciação na natureza do tratamento.</i> | 177 |
| X | <i>Introdução</i> | 15 |
| X | <i>O complexo paterno e a solução da ideia do rato.</i> | 202 |
| XI | <i>Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância.</i> | 53 |
| XII | <i>Tentativas de interpretação.</i> | 53 |
| XIII | <i>O retorno do totemismo na infância.</i> | 125 |
| XIII | <i>O Moisés de Michelangelo.</i> | 249 |
| XIV | <i>A desilusão da guerra</i> | 311 |
| XIV | <i>O instinto e suas vicissitudes.</i> | 129 |
| XV | <i>Conferência V. Dificuldades e abrangência iniciais.</i> | 105 |
| XVI | <i>A vida sexual dos seres humanos</i> | 355 |
| XVII | <i>Introdução A: A psicanálise e as neuroses de guerra.</i> | 257 |
| XVII | <i>Linhas de progressos na terapia psicanalítica.</i> | 199 |
| XVII | <i>Material novo oriundo do pensamento psicanalítico.</i> | 113 |
| XVII | <i>O sonho e a cena primária.</i> | 45 |
| XVII | <i>Vítor Tausk.</i> | 339 |
| XVIII | <i>Além do princípio do prazer.</i> | 17 |
| XVIII | <i>A descrição de Le Bom da mente grupal.</i> | 95 |
| XVIII | <i>Sugestão e libido.</i> | 113 |
| XVIII | <i>Pós Escrito.</i> | 169 |
| XVIII | <i>Dois grupos artificiais: a igreja e o exército.</i> | 119 |
| XVIII | <i>O grupo e a horda primeva.</i> | 155 |
| XIX | <i>As relações dependentes do ego.</i> | 64 |
| XX | <i>Inibições, sintomas e ansiedade.</i> | 107 |
| XXI | <i>O mal estar da civilização.</i> | 81 |
| XXI | <i>O futuro de uma ilusão.</i> | 15 |
| XXII | <i>Carta de Freud.</i> | 245 |
| XXII | <i>Conferência XXXIII. Feminilidade.</i> | 139 |
| XXIII | <i>Um comentário sobre o anti-semitismo.</i> | 323 |
| XXIII | <i>Moisés e o Monoteísmo – Parte I</i> | 71 |
| XXIII | <i>Moisés e o Monoteísmo - Aplicação.</i> | 99 |
| XXIII | <i>Construções em análise.</i> | 289 |
| XXIII | <i>O avanço em intelectualidade.</i> | 133 |

Ao nos posicionarmos a respeito de as noções de destrutividade e domínio estarem incorporadas na pulsão de morte do último Freud queremos, com isso, demonstrar que a violência está presente em sua obra. Admitimos, igualmente, que, embora o discurso freudiano em quase todo seu percurso evite, de alguma maneira, explicitar a violência como fator de causalidade estreita às suas concepções do conflito entre as pulsões e a civilização, a partir de *Totem e Tabu*¹⁰, quando ele retoma o tema da analogia entre a psicologia individual e a psicologia de grupo, seu discurso começa a admitir a dialética entre a agressividade e passividade, vale dizer, uma forma – mesmo que nuançada - de violência.

Referências

1. Dadoun R. A Violência: ensaio acerca do homo violens. São Paulo: Difel; 1998.
2. Girard R. A Violência e o Sagrado. Trad. Martha Conceição Gambini. Rev. téc. Edgard de Assis Carvalho. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista; 1990.
3. Freud S. Psicologia das massas e análise do eu. ESB vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
4. Birman, J. Percursos na História da Psicanálise. Rio de Janeiro: Livraria Taurus, 1988.
5. Roudinesco E, Plon M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
6. Kaufman P. Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996.
7. Birman J. Mal Estar na atualidade: a Psicanálise e as novas formas de subjetivação. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2000.
8. Birman J. Cadernos sobre o mal: agressividade, violência e crueldade. Rio de Janeiro: Record; 2009.
9. Freud S. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. ESB vol. X. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
10. Freud S. Totem e tabu. ESB vol. IX. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
11. Lima BS. Do amor em tempos de cólera: agressividade, subjetividade e cultura [dissertação de doutorado]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica (PUC), Faculdade de Psicologia; 2007.
12. Freud S. Artigos sobre metapsicologia. ESB vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
13. Freud S. Reflexões para os tempos de guerra e morte. ESB vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
14. Birman J. Percursos na História da Psicanálise. Rio de Janeiro: Taurus; 1988.
15. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. ESB vol. VII. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
16. Freud S, Psicologia das massas e análise do eu. ESB vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
17. Freud S. Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna. In Gradiva de Jansen e outros trabalhos. ESB vol. IX. Rio de Janeiro: Imago; 1990, p. 178-228.
18. Santos ABR, Ceccarelli, PR. Psicanálise moral sexual. Reverso 2010;32(59):23-30.
19. Di Matteo V. Subjetividade e cultura em Freud. Discurso 2007;36:190-213.
20. Freud S. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. ESB vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
21. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução. ESB vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
22. Blackburn S. Dicionário Oxford de Filosofia. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.
23. Birman J. Governabilidade, força e sublimação: Freud e a filosofia política. Psicologia UPS

2010;21(3):531-556.

24. Freud S. Luto e melancolia. ESB vol. XV. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
25. Freud S. O problema econômico do masoquismo. ESB vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
26. Deleuze G. Conversacoes:1972-1990. São Paulo: Editora 34; 2013.
27. Anexo - Menções à violência na obra de Sigmund Freud. CD Room Edição Eletrônica Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago

O que ensina a psicanálise sobre agressividade e violência?

Hebert Geraldo de Souza
Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Resumo

Desde sua criação e, em cada época, a psicanálise é convocada a dizer sobre os sintomas da civilização. Neste aspecto, tanto a violência, enquanto fenômeno da cultura, quanto a agressividade, enquanto constitutiva do eu, fazem parte de um laço social que os sujeitos estabelecem. Sabemos com Freud (1929/1930), que a violência não pode ser eliminada uma vez que é base da civilização, mas entendemos, hoje, que ela deve ser enfrentada. E com Lacan (1948), percebemos que o ato agressivo surge no lugar da palavra que não advém e por isso, a agressividade pode ser tratada e sublimada pela linguagem. Portanto, mesmo que agressividade e violência não sejam da mesma ordem conceitual, ambas estão interligados e torna-se importante apresentar um compêndio da violência e agressividade em psicanálise, para tentarmos conduzir a elucidação de tais termos e sua incidência sobre os sujeitos.

Palavras-chaves: Agressividade, violência, psicanálise.

Cenários da violência

A violência, frequentemente debatida por várias frentes e posta como uma das principais causas de morbimortalidade, justamente pelas estatísticas cada vez mais crescentes, deixa marcas indelévels na sociedade e em seus indivíduos¹. Nenhum campo teórico que se dedique ao estudo da civilização e de sua história consegue manter-se ignorante a respeito do enorme papel que a violência sempre desempenhou nas atividades humanas. Contudo, assistimos a um aumento significativo dos fenômenos violentos, e, com isso, é urgente buscar entender a essência da violência, sua natureza, suas origens e meios apropriados para seu enfrentamento.

Para isso, o que é fundamental, em um primeiro momento, é o debate sobre a violência inserida na sociedade e a relação com os sujeitos, seus laços sociais e posições subjetivas, pois sabemos que a violência como fenômeno social faz parte da história humana e, como prática, remete aos primórdios civilizatórios². Assim, investigar os fenômenos sociais contemporâneos requer que, antes de tudo, recorramos à civilização e às suas constantes mudanças.

Ao abordar a questão da violência, passamos a entrar em contato com a complexidade que envolve o conceito, pois este pode configurar-se por meio de uma série de possibilidades, as quais adotam formas bem peculiares de acordo com nuances simbólicas de cada contexto. “[...] brigas entre torcidas adversárias, guerras, ou ainda torturas, disputas entre grupos de traficantes por território, briga de gangues rivais, *bullying* na escola, enfim, uma infinidade de situações que podem ser operadas individual ou coletivamente”² (p. 20). É o que demonstra Guerra *et al.*², ao pensar a violência materializada, por exemplo, a violência contra crianças e adolescentes, população em situação de rua, pessoas com deficiência, pessoa idosa, violência contra a mulher, população negra, comunidade LGBT, entre outros segmentos.

Pode-se dizer que a violência e suas consequências são, antes de tudo, uma violência que atinge qualquer classe social, raça, credo, etnia, gênero e idade e alcança, majoritariamente, pobres, negros, mulheres e jovens; repetidamente, integrando as relações sociais, institucionais e as familiares¹.

Intrínseca ao processo de humanização e mutável em cada época, a violência articula-se dentro de condicionantes sócio-históricos, econômicos e políticos, por isso não é um fenômeno descontextualizado, muito pelo contrário, ela surge do estabelecimento da diferença entre sujeitos, seja como seres políticos, seja como sujeitos psíquicos singulares, sendo reveladora dos determinantes não apenas econômicos e políticos, mas, fundamentalmente, fruto de processos subjetivos e inconscientes que a produzem².

Sem incluir a violência na lógica da causa e efeito, pois ela é atravessada por diferentes nuances, contextos e discursos, podemos inferir que existe violência quando os sujeitos se interagem em sociedade, havendo ação de modo direto ou indireto que causa agravos a uma ou mais pessoas em diferentes dimensões – sejam elas subjetivas e físicas, sejam elas morais, ou no que diz respeito a patrimônio, e até mesmo em variáveis simbólicas e culturais.

Concernente à regulação do Estado sobre as expressões da violência na sociedade, historicamente, ele assume a responsabilidade de enfrentar a violência, com base em suas leis e regulações, institucionalizando, assim, seu enfrentamento como se as leis pudessem ser instrumentos aplicados para conter a violência por meio da Justiça, para manter esse ato sobre controle mediante mecanismos coercitivos e punitivos que visam ajustar condutas³

Zizek⁴ entende a violência como uma interrupção da ordem discursiva ou como meio de tocar à narrativa simbólica, que garante a coerência da comunidade. O autor então lança a ideia de que a violência, em sua vertente real, é um “culturocídio”⁴ (p. 127), uma forma de dizer que a sociedade corre riscos, está em perigo, não vai bem.

Seguindo a proposição feita por Lacan⁵, Zizek aponta uma distinção terminológica entre agressão e violência. Para eles, a agressão corresponde à força da vida e a violência, a uma força de morte. A violência aqui não é agressão como tal, mas o excesso que perturba o andamento das coisas devido ao sistema capitalista que quer sempre cada vez mais, sem regulação.

Contudo, tanto a violência, quanto a agressividade tem provocado certa preocupação nas áreas da saúde pública, e progressivamente, deixa de ser considerada um problema exclusivo da área social, dos direitos humanos e do campo jurídico, para ser também um tema do laço social no campo da psicanálise.

Assim sendo, mesmo a violência recebendo diferentes leituras e conceitos nos diferentes campos em que se propõe estudá-la, todos concordam que a violência é fruto da cultura, e, com isso, não há como negar as ordens discursivas de uma época e suas ocorrências subjetivas. Nesse sentido, a Psicanálise também apresenta sua contribuição, cabendo questionar o que ensina a Psicanálise sobre agressividade e violência.

Violência e civilização: a frustração cultural em Freud

Na Psicanálise, a violência pode ser entendida em um referencial que mostra que o encontro com a linguagem não é sem consequências para os sujeitos. Compreender a

violência por meio desse ensino supõe adentrar na constituição do laço social, considerar as relações que imperam em dado contexto histórico e não perder de vista as formas como os sujeitos são capazes de responder aos mesmos, já que a pulsão está presente também em momentos específicos.

Sobre as formas de recrudescimento do que se nomeia violência na contemporaneidade, a sociedade depara-se com um espetáculo que pode ser percebido ao vivo, por imagens que refletem o vacilo com a dimensão simbólica da vida, exposta pelas mídias sociais, pelos programas de televisão e pelas tecnologias. Defrontar-se ainda com a característica de “não saber onde esperá-la”⁶ (p. 12), embora possa ocorrer a qualquer momento, uma vez que a civilização está passando por “guerras permanentes” (p. 12).

Os discursos sustentados pela cultura e pelo campo social incidem nas subjetividades de cada tempo, produzindo diferentes formas de manifestação desse mal-estar, conforme o período histórico no qual se dá; por isso, pode-se dizer que o desenvolvimento cultural do grupo e o desenvolvimento cultural do indivíduo se acham assim interligados.

Nos tempos atuais, há uma tendência de estudos para quantificar a violência, o que não deixa de ter sua importância, inclusive para a elaboração de políticas públicas. Contudo, deve existir uma preocupação constante com o que acontece na cultura, para além dos fenômenos observados, como fez Freud⁷. Portanto, é preciso indicar o caráter de ambiguidade entre violência e sociedade. Freud⁸ em “O mal-estar na civilização”, aconselhou buscar a justa medida entre os dois opostos igualmente desastrosos, ou seja, não é possível eliminar a violência, uma vez que ela é base constitutiva da civilização.

São bem conhecidas as contribuições de Freud⁹, relativas aos momentos de guerra e paz. Vale lembrar as afirmações de Albert Einstein, na correspondência que manteve com o próprio Freud. No texto originado dessa correspondência, favorecida pela Liga das Nações, antecessora da Organização das Nações Unidas, Einstein assinala que a ciência era uma novidade, mas trazia perigos ainda maiores à humanidade. Sinalizava uma perigosa aliança entre ciência e capital, favorecedora de violência.

Em resposta redigida por Freud⁹ para Albert Einstein sobre como evitar a guerra, ele sugeriu que o ser humano não convive em paz com o outro e que nem sempre ele encontra um lugar adequado para fazer funcionar seu desejo, esse sempre inconsciente e persistente, muito menos uma fórmula ideal, diante do limite da inserção da alteridade; que mesmo com a existência do inconsciente, uma lei, o ser humano resiste em acatar a lei civil; e, por fim, que a História, a política e as condições materiais acontecem de maneiras inesperadas em acordo com estruturas rígidas do capital, que são capturadas pelo próprio inconsciente:

De forma que, quando os seres humanos são incitados à guerra, podem ter toda uma gama de motivos para se deixarem levar — uns nobres, outros vis, alguns francamente declarados, outros jamais mencionados. Não há por que enumerá-los todos. Entre eles está certamente o desejo da agressão e destruição: as incontáveis crueldades que encontramos na história e em nossa vida de todos os dias atestam a sua existência e a sua força. A satisfação desses impulsos destrutivos naturalmente é facilitada por sua mistura com outros motivos de natureza erótica e idealista. Quando lemos sobre as atrocidades do passado, amiúde é como se os motivos idealistas servissem apenas de escusa para os desejos destrutivos; e, às vezes — por exemplo, no caso das crueldades da Inquisição — é como se os motivos idealistas tivessem assomado a um primeiro plano na consciência, enquanto os destrutivos lhes emprestassem um reforço inconsciente⁹ (p. 253).

Freud⁸ fez elaborações teóricas sobre a “civilização” e entendeu que ela é um processo e uma primeira exigência para a ideia de garantia da lei, e que, uma vez criada, não seria violada em favor do indivíduo. A civilização é também responsável por regular os impulsos sociais; por isso tem uma “função repressora” (p. 118), sendo construída sob uma renúncia aos poderosos instintos, uma vez que pressupõe exatamente a não satisfação, pela opressão, desses instintos.

Nessa direção, Freud propõe que o resultado último do processo civilizatório é o surgimento de um estatuto legal, que deverá ser assumido por todos por meio do sacrifício aos instintos. Contudo, esse sacrifício não deixará ninguém à mercê da força bruta, exceto os incapazes de ingressar numa comunidade. “O preço que pagamos por nosso avanço em termos de civilização é uma perda de felicidade pela intensificação do sentimento de culpa”⁸ (p. 96).

Entre a liberdade, felicidades individuais e as exigências da civilização, formava-se um pacto que restringe a ação e a satisfação do homem¹⁰; pois, como aponta Freud, a formação dos sentimentos possui “vinculação indissolúvel, de comunhão com o mundo exterior”⁸ (p. 15). Nos tempos de Freud, era o programa do princípio do prazer que se encontrava, de modo mais amplo, em desarmonia com o mundo e suas normas, pelo imperativo das exigências para garantir o pacto civilizatório.

Uma “frustração cultural”⁸ (p. 118) nasce nesse cenário, e seria a causa da hostilidade contra a qual todas as civilizações teriam que lutar. Pensá-la no registro simbólico é indagar-se sobre uma violência que está na base do contrato social, como o próprio Freud escreveu em “Totem e tabu”⁷. Essa ideia de contrato social, que é um ato simbólico, vai mostrar uma violência ao real, que não é o mesmo para todos. Ferrari¹¹ comenta a proposição freudiana dizendo que “Há, então, uma violência onde o que se viola é uma ordem estabelecida, seja ela considerada da ordem da natureza ou da civilização” (p. 59).

A violência estaria associada, desde Freud¹² à pulsão de morte, ao que não faz vínculo no mundo através da linguagem, ao que excede o corpo e a capacidade de representação do aparelho psíquico, e não à agressividade dirigida concretamente a alguém ou a alguma ideia. Daí a “compulsão à repetição da violência como seu correlato, na medida em que o sujeito revive aquelas situações que não conseguiu elaborar, visando seu domínio”¹² (p. 37).

No artigo “Além do princípio do prazer”¹², encontra-se a expressão que a vida é prisioneira da morte. Assim, para o criador da psicanálise, havia algo mais além do princípio do prazer, além e diferente do que havia sido chamado “repetição”, ou seja, a pulsão de morte foi elaborada pelo autor pelo fato de haver, no humano, uma tendência de retorno à ordem inanimada, pois o objetivo de toda vida é a morte. Em vista disso, a pulsão de morte foi a forma encontrada por Freud para dizer que o sujeito se edifica sobre um fundo que supõe destruição¹¹ (FERRARI, 2006).

Então, existiria uma ordem instituída que faz emergir a violência, escancarando aquilo que não funcionaria bem na sociedade, ou seja, a pulsão de morte que impediria a intenção de felicidade e que impede o princípio do prazer. Consequente, seguindo esse raciocínio, Freud entende que a civilização consegue dominar o perigoso desejo de agressão do indivíduo, enfraquecendo-o, desarmando-o e estabelecendo no seu interior um agente para cuidar dele¹².

Portanto, podemos pensar no conceito de violência a partir do caráter traumático da pulsão, posto que, embora seja intrínseca à constituição e à dinâmica psíquica do sujeito, a pulsão agride o aparelho psíquico desde dentro. Diferentemente dos estímulos advindos do mundo externo, dos quais se pode fugir a partir da ação motora, o pulsional exerce uma pressão constante e “irremovível” sobre o psiquismo.

A violência como sintoma contemporâneo

Na atualidade, é possível colocar a violência no campo dos novos sintomas contemporâneos, mesmo que seja um fenômeno presente em todos os tempos e culturas. A partir desta noção, Ferrari¹¹ atribui a constante violência ao crescimento das cidades, bem como a força avassaladora da mídia nesta época, e considera também o discurso próprio da violência, que é ainda uma forma de constituir laços sociais, ou seja, constitui-se como uma lógica a decifrar-se.

Os tempos atuais também escancaram os novos sintomas, cada vez mais ativos. São os sintomas de um mal-estar individual que supõe evitar uma agitação interior por meio do não-exercício (*sic*) do pensamento, mesmo que manifestos por sujeitos que tenham condições

de pensar. Como é bem conhecido, nessas formas sintomáticas têm sido incluídas as anorexias, bulimias, toxicomanias, e, também, a violência¹¹ (p. 53).

Por isso, a violência, instituída como sintoma, mostra, como todo sintoma, que o gozo não segue no ritmo dos significantes mestres, dos semblantes ordenadores da civilização. “Ela é forma de expressar que algo não vai bem na ordem instituída pela civilização, no caso atual ordenada pelo sistema capitalista e seu mais gozar”¹¹ (p. 51).

A compreensão da violência como sintoma pode ser facilitada quando se pensa que todo sintoma, no sentido psicanalítico, é uma emergência de verdade que concerne ao gozo¹³. Então, podemos pensar que a violência seria um gozo da civilização?

Para Lacan¹³ existe uma satisfação, que está fora da ordem simbólica e é da ordem do real, denominada de Gozo. Esse gozo, assim como a libido, procede da linguagem. Com isso, Lacan considerou que o gozo procede do sujeito do inconsciente. Miller¹⁴, no texto “O Outro que não existe e seus comitês de ética” responde que “uma civilização é um sistema de distribuição do gozo a partir de semblantes, um modo de gozo, uma distribuição sistematizada dos meios e maneiras de gozar” (p. 18).

O lugar do gozo é, portanto, diferente da satisfação simbólica e se encontra investido de libido no imaginário. Dessa forma, está aliado às compulsões a repetição da vida cotidiana. Por outro lado, Lacan oferece ao significante mestre um sentido de pacificação, mas também de uma violência, que é própria da linguagem. O sujeito, dividido pelo semelhante, se sente agredido e agressor, inclusive de si próprio.

Na origem, antes da linguagem, o desejo só existe no plano da relação imaginária do estado especular, projetado, alienado no outro. A tensão que ele provoca é então desprovida de saída. Quer dizer não tem outra saída, [...] senão a destruição do outro¹⁵ (p. 197-198).

Além disso, existe uma violência que é constitutiva da separação do Outro, intrínseca ao processo de instituição subjetiva dos sujeitos, retirando-o da “alienação significante”¹⁵ (p. 238). É nesse conceito de separação que se pode ver uma das saídas de Lacan para a *aporia* freudiana sobre a pulsão de morte.

Nesse encontro, ocorre a violência de alienar-se na lei dos significantes, que são sempre do outro¹¹. Por isso, pode-se também pensar com Lacan⁵ que a violência falará desse intratável, um impossível de se eliminar ou prevenir, quem sabe apenas enfrentar. Nesse encontro com a linguagem, começamos a introduzir o conceito psicanalítico de agressividade, que, de modo geral, será a força necessária para que o sujeito, tendo inscrito seu desejo como desejo do outro, possa dele se desvencilhar.

Porém, é preciso apresentar elementos que tornam mais clara a distinção entre violência e agressividade, e, levando em consideração a dimensão psíquica dessa causalidade, como uma de suas lógicas de agenciamento, é possível extrair de Lacan⁵ a diferença entre violência e agressividade que exigem dispêndios também diversos de energia psíquica junto às ações civilizatórias e a seu risco de desintegração².

Sobre a civilização e o risco de desintegração, o próprio Freud⁸ aponta o imprescindível para o estudo da agressividade em Psicanálise, e completa: “[...] pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes pulsionais deve-se levar em conta uma poderosa quota de **agressividade**” (*grifo nosso*, p. 133).

[...] O ser humano não é uma criatura branda, ávida de amor, que no máximo pode se defender, quando atacado, mas sim que ele deve incluir, entre seus dotes instituais, também um forte quinhão de **agressividade**. Em consequência disso, para ele o próximo não constitui apenas um possível colaborador e objeto sexual, mas também uma tentação para satisfazer a tendência à agressão [...] *Homo homini lupus*⁹ (p. 77).

A inclinação para a agressão nos seres humanos é uma disposição original e pode se tornar um empecilho na civilização. Há, portanto, um trabalho permanente a ser feito pela cultura sobre essa agressividade constitucional dos seres humanos. A evolução da civilização pode ser descrita, portanto, como uma luta da espécie humana pela vida² (p. 45).

Intenção e tendência agressiva: é o que ensina a Psicanálise sobre agressividade

Segundo Guerra², a agressividade é originária, sendo um primeiro tratamento dado à pulsão de morte, ao real pulsional. Manifestar-se-ia enquanto tentativa de diferenciação em relação ao outro – processo estrutural e constitutivo a todo ser falante. Se a entrada da ordem simbólica é bem-sucedida, esse tratamento se dá pela via da palavra. “Se a palavra não é suficiente para realizar e tratar essa diferenciação, o ato agressivo pode surgir no lugar da palavra que não advém” (p. 47).

Sobre essa agressividade constitutiva dos seres humanos, Lacan⁵ nos auxiliou a elucidar outra distinção: aquela entre a intenção agressiva e a tendência agressiva nos seres falantes. Foi, então, nesse sentido, que Lacan⁵ elaborou a noção de intenção agressiva e tendência agressiva, como muito bem trouxe Philippe Lacadeé, na conferência sobre *Adolescência*, em Belo Horizonte¹⁷.

Lacadeé¹⁷ afirma que agressividade é um conceito importante para a Psicanálise e discorre sobre o texto “Agressividade em Psicanálise”⁵, em que Lacan fez a distinção entre

as duas noções. A intenção agressiva é o que surge para o ser humano quando ele tem a impressão que, de repente, suas referências e seus paramentos simbólicos, a imagem que ele tem de si e do outro, foi atingida, fazendo com que ele se sinta desprotegido, ou seja, o sujeito tem a impressão que seu *Eu*, seu corpo, fica despedaçado. Isso está frequentemente ligado ao encontro com o que o Outro demanda dele, e, certamente, porque ele não pode dizer aquilo que sente. Como resultado ou solução possível, manifesta-se a agressividade¹⁷.

Desse modo, Lacan⁵ (1948/1998) diz que a intenção agressiva está ligada a “um querer dizer algo”¹⁷ (*sem página*) que o sujeito não consegue dizer. Verificou que existe uma reivindicação por parte dos sujeitos para este “falar”, e a agressividade surge quando não se foi escutado por esse Outro. Lacadeé¹⁷ marca isso como um sintoma; ou seja, é intencional porque supõe um querer dizer, mas, paradoxalmente, uma vontade de impedir o sentido; isto é, dirigir-se ao outro pedindo algo do que se julga merecedor. Aqui temos uma possibilidade de leitura e intervenção.

Por outro lado, Lacan⁵ também introduz outra noção: tendência agressiva. Para melhor esclarecer, Lacadeé¹⁷ relata que essa noção permite apreender o que está em jogo na trama da violência. Essa maneira ele chamou de libido, o motor, que permite ao ser humano avançar em direção a algo ou pessoa.

Lacadeé¹⁷ comenta as três instâncias psíquicas: o *Eu*, o *Isso* e o *Supereu*. A tendência à agressão revela o *Isso*, que é a vertente da pulsão de morte, aquilo que cada ser humano encontra para inscrever sua vida na linguagem, esse algo que não passa pela palavra, e a repetição é o motor da pulsão de morte e Lacan chamará de tendência agressiva⁵.

Lacan também chamou atenção para um paradoxo: pelo menos para alguns sujeitos, cometer um ato agressivo pode ser a forma apaziguadora a partir de uma construção delirante. Foi assim que ele trabalhou o texto “Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia”¹⁸, no qual notou que, para alguns sujeitos, agredir o Outro acalmava. Prescindindo da palavra, porém, a agressividade pode se presentificar em ato.

Dessa forma, o ato agressivo prescinde da palavra; portanto, a agressividade pode se presentificar em ato quando ao sujeito não restam outros recursos, substituições, derivações ou desvios. O ato agressivo estiraria, ao limite, a “agressividade originária presente no ato de desvencilhamento do Outro, característico da alienação primordial do sujeito à linguagem”¹⁶ (p. 198), o “ato existencial ligado a uma relação imaginária” (p. 205). O ato agressivo seria, portanto, uma exacerbação da agressividade estrutural que compõe a relação original do sujeito falante na relação.

Os textos do pós-guerra como “Formulações sobre a causalidade psíquica”¹⁹,

“A agressividade em psicanálise”⁵ e “Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia”¹⁸ dão testemunho da tentativa lacaniana de recuperar a noção de pulsão de morte, abandonada por alguns pós-freudianos, ainda que continuassem falando de agressividade. Lacan também não hesitou em mostrar o caráter inumano da ciência, o que levou a psicanálise a encontrar seu lugar, sempre, no mal-estar da cultura.

Ainda, a agressividade é elaborada no que Lacan⁵ chamou de estágio do espelho. Em sua primeira individuação, identificação primária, surge o sujeito que se estrutura rivalizando consigo mesmo, já que constrói uma imagem que o aliena em uma organização passional a que chamará “eu”¹¹ (p. 54). O eu surge, então, de uma tensão interna, determinando o despertar do desejo pelo objeto de desejo do outro. Aparece a rivalidade agressiva e a tríade composta pelo outro, o eu e o objeto. Portanto, o eu se funda em uma unidade corporal, antecipada pela imagem do outro, que se opõe à vivência de um corpo despedaçado. A alienação do sujeito na imagem é fonte da agressividade que é constitutiva da formação do eu⁵.

Para Lacan⁵, o fundamento da agressividade é a identificação narcísica e a estrutura do eu. Desta forma, a agressividade é constitutiva da primeira individuação do sujeito. Segundo Lacan⁵, não há identificação sem agressividade tampouco agressividade sem identificação, uma vez que a relação com o outro é fundamentalmente agressiva, ainda que sublimada. Se a agressividade pode ser sublimada, Lacan, no entanto, “nunca renunciou à ideia de que, no nível profundo, o que há é a hostilidade e não a harmonia”⁶ (p. 19).

A agressividade, provocada na relação imaginária com o outro, parece associar a potência agressiva à violência, ao afirmar que “é a violência que, certamente, é o essencial na agressão, pelo menos no plano humano. Não é a palavra; inclusive, é exatamente o contrário. O que se pode produzir em uma relação inter-humana é a violência ou a palavra”¹⁹ (p. 468).

Lacan demarca uma violência que supõe ato de agredir diante do impossível de dizer, acting-out, um curto-circuito da palavra, retornando, no real, o gozo que escapa ao sentido. Ele faz referência à “violência propriamente dita” para distingui-la, conforme esclarece, “do uso que fazemos do termo agressividade”⁵.

Considerações Finais: ainda a muito a dizer...

Por fim, devemos perguntar em que medida é possível recalcar a violência, aqui colocada fora do alcance da palavra. Ainda, o uso que se faz do termo agressividade. A aquilo que é da ordem da agressividade pode chegar a ser simbolizado e captado pelo mecanismo do recalque; portanto, possível de ser interpretado.

Apontamos razões variadas para o surgimento da violência tomada pela sociedade como um sintoma, porém não se pode suplantar o *show* midiático construído em torno dos cenários da violência. Sobre essa questão Zizek⁴ aponta a globalização e o capitalismo como autores de uma espetacularização de violência.

Assim, como se pôde perceber, a violência estaria associada, desde Freud¹², à pulsão de morte, ao que não faz vínculo no mundo através da linguagem, ao que excede o corpo e a capacidade de representação do aparelho psíquico, e não à agressividade dirigida concretamente a alguém ou a alguma ideia². (p. 47).

Quanto à agressividade, tanto Freud quanto Lacan a situam como constitutiva do eu, na base e na sua relação com seus objetos. Não negam sua existência, ao contrário, afirmam a agressividade na ordem humana, ordem libidinal⁵. Existe agressividade, mas ela pode ser sublimada, não precisa ser atuada, pois o humano conta com o recurso da palavra, da mediação simbólica. Por isso é preciso dar lugar de fala aos sujeitos.

Avançamos algo que a Psicanálise questiona como causa. Em meio às diferenças, agressividade e violência têm algo em comum: tanto uma quanto a outra supõem algo de renúncia por parte do sujeito, uma vez que ambas supõem determinado tratamento que a civilização dá ao gozo da vida, ao gozo do vivente, àquele gozo que não é causado nem pelo significante nem por um objeto qualquer¹¹.

Como se observou, “Freud e Lacan liam a cartilha da civilização”¹¹ (p. 60). Ambos eram dedicados à empreitada da Psicanálise, essa que sempre se antecipou à sua época, não por uma capacidade de adivinhação, mas porque é uma *práxis* que vai adiante para envolver-se com as mudanças nas formas atuais dos sintomas¹¹.

Com Freud⁸ entendemos sobre o impossível de eliminar a violência, mas seu enfrentamento deve fazer parte da mobilização da sociedade e de órgãos competentes. Portanto, para o enfrentamento é importante a proposição de Políticas Públicas transversais que proporcionem não apenas um ordenamento em segurança pública ou de saúde pública, mas um tratamento do sintoma atual via sujeitos.

Tanto Freud quanto Lacan apostaram numa solução ética, numa solução civilizatória, que exige o engajamento de cada sujeito em sua própria história e na História da humanidade². Com a Psicanálise, enfim, aprendemos a caminhar não sem a violência, mas a dar um passo a mais e convidá-la a falar uma nova língua.

Referências

1. WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 23 dez 2020.

2. GUERRA, A. M. C. et al. **Assistência social pública na interface entre subjetividade e política**. Belo Horizonte: Scriptum, 2014.
3. DE FRANCISCO, M. **Una perspectiva diferente sobre la violencia de género**. Virtualia. Revista digital da EOL, n. 18, 2008. Disponível em: <<http://virtualia.eol.org.ar/018/template.asp?dossier/francisco.html>>. Acesso em: 30 dez. 2020.
4. ZIZEK, S. **Violência: seis reflexões laterais**. Tradução de Miguel Serras Pereira. São Paulo: Boitempo, 2014. 195 p.
5. LACAN, J. (1948) A agressividade em psicanálise. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p.104-126.
6. MILLER, J-A. La agresividad en psicoanálisis de Jacques Lacan. In: MILLER, J-A. et al. **Agresividad y pulsión de muerte**. Medellín: Fundación Freudiana de Medellín, 1991, p.07-22.
7. FREUD, S. (1913 [1912-13]). Totem e tabu. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, Vol. 13.
8. FREUD, S. (1930 [1929]). O Mal-estar na civilização. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago, 1976. Vol. 21.
9. FREUD, S. (1933 [1932]). Por que a guerra? In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, vol. XXII, 1980^a, p. 241-264.
10. NETO, O. F, GUERRA, A. M. C. **Laço Social e Adolescência: o Pai e a Infração**. Belo Horizonte: Psico, v. 4, 2012. p.490-499.
11. FERRARI, I. F. **Agressividade e Violência**. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, Vol. 18, n. 2, 2006, p. 49-62.
12. FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, vol. 18, 1980.
13. LACAN, J. (1960) Diretrizes para um congresso sobre a sexualidade feminina. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995, pp. 734-775.
14. MILLER, J-A (1996-97/2005) **El Otro que no existe y sus comités de ética**. Buenos Aires: Paidós.
15. LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, J **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, pp. 238-324.
16. LACAN, J. (1953-1954) **O seminário, livro 1. Os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
17. LACADEÉ, P. Adolescência. In: **CONGRESSO NACIONAL DE SAÚDE**, Faculdade de Medicina da UFMG, 3, Belo Horizonte, 2014 (não publicado).
18. LACAN, J (1950). Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro; Jorge Zahar, 1998, p. 127-151.
19. LACAN, J. (1946). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

Muito mais do que uma simples brincadeira: as violências por trás do bullying

Cláudio Júnio Patrício

Flávio Bertelli

Paulo Roberto Ceccarelli

Resumo

Este artigo visa refletir sobre como o bullying pode ser pensado como uma das expressões da violência na nossa sociedade. Para tanto, se percorrerá pelas suas diferentes classificações e impactos que causa nos sujeitos. De acordo com o Relatório Mundial sobre violência e saúde todos os anos mais de um milhão de vidas são perdidas em todo o planeta em decorrência da violência. Outras centenas de milhares têm suas vidas afetadas por lesões não-fatais por causa de violência auto infligida, interpessoal ou coletiva. Por bullying compreende-se como sendo um comportamento persistente e agressivo com intenção de causar danos físicos e/ou morais a sujeitos que são mais fracos e que apresentam dificuldade de se defenderem. Para ser considerado bullying a prática precisa ser intencional, isto é, não causada pela vítima. Apesar de ser objeto de estudos há quase cinquenta anos, apenas recentemente a prática da intimidação entre pares tem sido considerada um ato de violência. Por fim, conclui-se que a dificuldade do enquadramento do bullying como um tipo de violência se deve ao fato de, muitas vezes, a prática ter sido considerada, apenas, como uma brincadeira entre crianças e adolescente

Palavras-chave: *violência; bullying, psicanálise.*

Introdução

As práticas violentas são tão antigas quanto a própria humanidade. A violência nasceu no momento em que o ser humano começou a se relacionar entre si, e os conflitos começaram a aparecer. Seu impacto é vivenciado por todos, desde então, tanto no nível social quanto no nível econômico (estima-se que bilhões de dólares são gastos todos os anos em virtude dos efeitos das violências nas cidades). De acordo com o *Relatório Mundial sobre violência e saúde*² todos os anos mais de um milhão de vidas são perdidas em todo o planeta em decorrência da violência. Outras centenas de milhares têm suas vidas afetadas por lesões não-fatais em decorrência de violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva.

Jean-Marie Muller³ citando Paul Ricoeur, afirma que na ação violenta o objetivo último, direta ou indiretamente, é a morte do sujeito, mesmo que essa morte seja subjetiva. O filósofo afirma que ao se usar de meios violentos visa-se calar o sujeito em sua capacidade de se expressar e de dar respostas àquilo no qual ele é infringido. Privar o ser humano da sua palavra é uma forma sutil e eficaz de privá-lo de viver³.

Pensar o fenômeno da violência, e suas variáveis, na contemporaneidade tem exigido dos estudiosos uma capacidade de diálogo com diferentes campos do saber, tais como: as Ciências Sociais, Antropologia, Psicologia, Psicanálise, dentre outros. A etimologia da palavra violência vem do vocábulo latim *vis* que significa força e se refere às noções de constrangimento e do uso de superioridade física sobre outros com o intuito de se conseguir algo⁴. O termo também deriva da palavra *violentia*, que expressa o ato de violar outrem ou a si mesmo. Como todo fenômeno complexo, percebe-se a dificuldade entre os autores de conceituar a violência, principalmente por ela perpassar por várias esferas e também pelo fato de ela ser da ordem do vivido. O fenômeno da violência envolve questões sociais, econômicas e políticas mal resolvidas ou não resolvidas⁵, o que faz com que ela possa se subdividir em várias categorias. Muller³ afirma que toda violência imputada aos seres humanos pode ser compreendida como um tipo de violação, violação essa que pode ser do seu corpo, da sua identidade, da sua personalidade ou até mesmo da sua humanidade.

Segundo Chenais⁴ a violência se subdivide em três categorias: violência física, econômica e moral-simbólica. A violência física seria aquela que atinge a integridade moral do sujeito, caracterizada pelos homicídios, pelas agressões físicas, pelos assaltos a mão armada, dentre outros. Já violência econômica consiste na apropriação e desrespeito, contra a vontade dos donos ou de forma agressiva, de algo da sua propriedade e/ou bens. E finalmente temos a violência moral e simbólica que é caracterizada pela dominação, ofendendo a dignidade e desrespeitando o outro.

Diante da complexidade do fenômeno da violência e suas implicações na sociedade, a Psicanálise e os/as analistas têm sido convocados/as a se posicionarem diante de tal temática. Segundo Bertelli⁶, desde seus primeiros escritos Freud menciona a violência e a agressividade como elementos que embasaram suas reflexões sobre o sujeito e as sociedades. O autor constatou que a palavra violência aparece, literalmente, 94 (noventa e quatro) vezes, em 55 (cinquenta e cinco) dos textos escritos por Freud⁶. Isso comprova a relevância e a atenção que Freud deu à temática na construção da sua teoria.

Em *O mal-estar da civilização*⁷ Freud defende a agressividade inata do ser humano como ponto central da ameaça à vida em sociedade. Mas será que podemos pensar todo ato violento como fruto de uma agressividade inata? Para Freud⁸ a cultura foi inaugurada a partir de um ato violento: o assassinato do pai na horda primitiva. Apesar de uma das consequências de a inauguração da cultura ter sido a interdição de matar, Freud constatou que tal prática continuou a acontecer, sendo até mesmo ordenada em nossa cultura⁷.

Em um dos momentos em que Freud foi convocado a elaborar sobre a agressividade e violência dos seres humanos foi nas situações de guerra no século XX. De acordo com Bertelli⁶, encontramos duas desilusões analisadas por Freud nos períodos entre guerras. A primeira foi com a pouca moralidade do Estado, que sempre se apresenta como pregoeiro de valores morais. Leva-se a pensar que em tempos de paz o Estado não impede a violência para aboli-la, mas sim para monopolizá-la a seu serviço. Em tempos de guerra, o mesmo Estado se retira dos tratados e convenções, pedindo a seus cidadãos apoio em nome do patriotismo⁶.

A segunda desilusão de Freud é a constatação de que quando a comunidade não faz objeção à tal conduta do Estado, os indivíduos passam a cometer atos de crueldade e de 'perfidia', próximos da barbárie, incompatíveis com o grau de civilização que 'consideraríamos impossível'⁶. Freud, um contemporâneo 'avant la lettre,' está consciente de que: "*A guerra, porém, não pode ser abolida, enquanto as condições de existência entre as nações continuarem tão diferentes e sua repulsa mútua tão violenta, sempre haverá guerra*"⁹(p.338).

Para Dadoun¹⁰ a violência nunca se apazigua, não deixando dúvidas, assim, que a violência é constitutiva do ser humano. Ainda segundo Dadoun, crimes, massacres, genocídios, enfim, nada que há de pior na violência é estranho ao homem. Para o autor, o ser humano é, primordialmente, um ser de violência. Esse humano foi denominado *homo violens* contrapondo, assim, ao *homo sapiens*¹⁰.

Ceccarelli, no texto *Agressividade, trabalho de cultura e violência*¹¹, sugere que, na perspectiva da psicanálise, a violência seria um ato; um retorno, na cultura, da

agressividade¹. Logo, só se pode falar em violência a partir do estado de cultura.

Para Girard, como exposto pelo prefaciador Edgar de Assis Carvalho¹², a violência teria a ver, sempre, com o sagrado:

[...] “os homens são governados por um mimetismo instintivo responsável pelo desencadeamento de ‘comportamentos de apropriação mimética’ geradores de conflitos e rivalidades de tal ordem, que a violência seria *um componente natural das sociedades humanas* a ser incessantemente *exorcizado pelo sacrifício de vítimas expiatórias*”¹² (p.7).

Dentre as inúmeras manifestações de violência que acometem a nossa sociedade, o *bullying* está entre uma das que mais adquiriu visibilidade e repercussão nos últimos anos, sendo tema de vários estudos acadêmicos, séries televisivas e filmes com grande repercussão, tais como a série 13 Reasons Why.

Bullying e sua relação com a violência

De origem inglesa, *bullying* é uma derivação da palavra *bully* (valentão, briguento). Esse termo começou a ser utilizado em pesquisas norueguesas na década de 70 do século passado e hoje já foi apropriado por diversos países, inclusive pelo Brasil¹³, sendo o termo popularizado nos últimos anos devido a casos de repercussão midiáticas.²

Para o primeiro estudioso a teorizar sobre o tema, o *bullying* constitui uma subcategoria de agressão ou comportamento agressivo, caracterizado pela repetitividade e assimetria de forças¹⁴. É um comportamento persistente e agressivo com a intenção de causar danos físicos e/ou morais em um ou mais estudantes que são mais fracos e incapazes de se defenderem. A provocação é efetuada com frequência e tem um caráter ofensivo e degradante. Para ser considerado *bullying* a prática precisa ser intencional, isto é, não causada pela vítima.

Segundo Bandeira e Hutz¹⁵ às agressões às vítimas do *bullying* podem tomar a forma de abuso físico com a utilização de: socos, chutes, empurrões, roubos ou danos

1. A agressividade é “também uma fonte de prazer, e complementar ao amor: os laços amorosos que unem os homens, desviados de objetivos sexuais, só podem ser mantidos se outros homens foram depositário da agressividade presente em toda forma de relacionamento devido à ambivalência”¹¹ (p.201).

2. Vários sinônimos são utilizados na língua portuguesa para fazer referência ao tema, visto que nenhuma palavra consegue abarcar a totalidade do fenômeno. Dentre as palavras estão: maus tratos, vitimização, intimidação, agressividade e violência entre pares. Neste texto, devido à popularidade do vocábulo, será utilizado, preferencialmente *bullying* para se referir ao fenômeno.

aos pertences. Quando não há violência física as agressões tendem a ser verbais, com a utilização de apelidos, insultos, ofensas de cunho racistas, machistas, homofóbicas, de diferenças religiosas, econômico-sociais, culturais, dentre outros.

Para que a prática do *bullying* ocorra pelo menos três sujeitos são necessários na cena da ação: a vítima, o agressor e a plateia (espectador). A plateia tem uma função fundamental no imaginário do cenário que produz o *bullying*: ela legitima a ação, pois a agressão precisa ser olhada e testemunhada, o que nos sugere uma dimensão voyeurista da ação¹⁶.

A plateia serve como fonte de reforço para o agressor, atribuindo-lhe status e poder¹⁷. Esses espectadores tendem a não intervir em favor das vítimas por receio de retaliações ou com medo de serem eles as próximas vítimas, participando, assim, de forma passiva no *bullying*¹⁶.

No *bullying* o agressor quer combater o insuportável da diferença; aquilo com que o individualismo contemporâneo não permite que o sujeito tenha contato. Tal como o retorno do recaiado, o desconhecido, o estranho (*Unheimlich*), no sentido utilizado por Freud¹⁸, torna-se uma ameaça que precisa ser combatida e eliminada: tenta-se excluir de fora, o que não pode ser excluído de dentro¹⁶.

Apenas recentemente a prática da intimidação entre pares tem sido considerada um ato de violência. A dificuldade do enquadramento do *bullying* como uma violência se deve ao fato de, muitas vezes, ela ser considerada uma brincadeira entre crianças e adolescentes. Tal visão é compartilhada tanto pelas vítimas quanto pelos agressores. Patrício¹⁹ verificou em sua pesquisa que 60% das vítimas de *bullying* não reconhecem ter sofrido qualquer tipo de violência, e que os agressores consideram seus atos uma forma de “brincadeira”, uma diversão.

Tal percepção acontece, talvez, pelo fato de boa parte das práticas do *bullying* não envolver violência física, portanto, não deixam marcas visíveis. Por exemplo, no estudo realizado em Belo Horizonte verificou-se que colocar apelido e expor à vítima ao ridículo era a principal forma de manifestação do *bullying*¹⁹. Outra prática bastante recorrente é a exclusão social e/ou isolamento da vítima¹⁵. Mas afinal, qual o limite entre a brincadeira e a violência? Ou ainda, nos perguntarmos se em toda brincadeira não existe uma certa violência a qual, por apresentar-se como brincadeira, torna difícil a sua percepção?

No contexto de uma brincadeira se pressupõe que todos os envolvidos estejam se divertindo. Há uma simetria na relação de poder entre os sujeitos envolvidos. O

que não acontece nas práticas de *bullying*. Quando há algum tipo de intimidação, a assimetria de poder é visível, apenas alguns se divertem em detrimento de outros. Assim, segundo Fante e Pedra²⁰, quando as brincadeiras ganham requintes de crueldade, perversidade, de outras intenções além do divertimento, a brincadeira deixa de ser algo normal e saudável e transforma-se num ato de violência. Diferentemente da violência física, essa violência, que podemos chamá-la de simbólica, não deixa marcas visíveis, entretanto, é tão nociva quanto. Segundo Sharif ²¹ esse tipo de *bullying* é denominado psicológico.

Esse tipo de *bullying* geralmente envolve infligir um sofrimento mental de tal modo que as vítimas temem por sua segurança física, afetando, diretamente, a autoestima e a autoconfiança de quem é vítima dela²¹. O *bullying* psicológico é subdividido em: declarado (verbal) ou dissimulado (não verbal). No declarado, os insultos e as brincadeiras podem ser percebidos pelas testemunhas e provados pelas vítimas. Já no dissimulado, os agressores podem espalhar boatos que consternam as vítimas; podem se recusar a realizar as atividades escolares com elas; podem fazer afirmações depreciativas sobre as vítimas ou outros tipos de perseguições verbais²¹. O *bullying* psicológico dissimulado é o mais difícil de ser comprovado, pois ele tem a intenção de excluir ou isolar por meio da perseguição e/ou ostracismo da vítima.

Assim sendo, o *bullying* psicológico, que é caracterizado por uma violência pelo simbólico e pela linguagem, se enquadra naquilo que denominamos violência psicológica. De acordo com o Ministério da Saúde²² a violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Essa violência se manifesta das seguintes maneiras: nas ameaças, nas humilhações, chantagens, cobranças de comportamentos, dentre outros. Apesar das violências físicas chamarem mais atenção devido a sua dramaticidade, as simbólicas (psicológicas) se revelam mais perversas, pois atingem o sujeito no seu próprio ser⁵.

A violência psicológica também pode ser compreendida como um dos elementos constitutivos da violência simbólica. Pierre Bourdieu criou o conceito de violência simbólica com o objetivo de elucidar as relações de dominação que não precisam de coerção física entre as pessoas e os grupos presentes no mundo social para se configurarem²³. A naturalização com que as vítimas e agressores encaram a prática do *bullying* serve de exemplo de como a violência simbólica atua nos sujeitos. Segundo Bourdieu:

“A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto,

à dominação) que ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais a forma incorporada da relação da dominação, fazem esta relação ser vista como natural²³ (p.47).

A noção de um grupo dominando o outro é a base da violência simbólica. Entretanto, para que esta dominação tenha eficácia é necessário que os dominados se integrem como parte da dominação sem ter consciência da sua própria dominação²³.

Para Bourdieu²³a força simbólica, isto é, a força exercida na violência simbólica, é uma forma de poder que se exerce sobre os corpos diretamente, sem qualquer coação física. O poder simbólico não é exercido sem a colaboração dos que lhe são subordinados e só se subordinam a ele porque o constroem como poder. Entretanto, não se pode culpabilizar o dominado (a vítima) por esta subordinação. Bourdieu²³ainda afirma que esta subordinação não é algo consciente, livre, um ato intelectual, mas sim é resultante de um poder inscrito duradouramente nos corpos dos dominados sob forma de esquemas de percepção e de disposições (respeitar, admirar, amar...) o que faz com que os subordinados se tornem sensíveis a certas manifestações simbólicas do poder.

Conclusão

A ocorrência das práticas do *bullying* tem acontecido num cenário de profundas transformações sociais, da mobilidade das estruturas de poder, de rupturas de paradigmas preestabelecidos e de profundas incertezas vivenciadas pelas sociedades pós-modernas¹⁶. Na pós-modernidade, o sujeito sente-se ameaçado por tudo aquilo que lhe é diferente, que foge ao seu padrão de referência ou que simplesmente possa ameaçar sua posição de poder²⁴.

Talvez não percebam, mas quando os agressores, e a sociedade em geral, desconsideram o caráter violento do *bullying*, caracterizando-o “*apenas como uma brincadeira*” eles estão reproduzindo uma lógica de poder baseada em injustiças sociais produzidas por esta mesma sociedade, em que um grupo acredita ter o direito de impor suas vontades ao outro⁵. Podemos pensar também que a desqualificação do *bullying* como violência funciona como uma forma de perpetuação da prática pelos agressores. A negação de algo é um dos principais subterfúgios utilizados para a não ocorrência de mudanças.

A violência e, principalmente, a sua banalização, é um dos grandes desafios a ser superado pela sociedade e as instituições, especialmente a escolar, não podem ficar alheias a isso. A escola, diante, ainda, do seu prestígio perante a sociedade,

precisa assumir o protagonismo no combate e na prevenção a todos os tipos de violência, inclusive o *bullying*¹⁹. De acordo com Neto²⁵ projetos e programas que visem a redução da ocorrência de casos de *bullying* devem ser vistos como medidas de promoção de saúde pública. As sequelas causadas às vítimas quase sempre perduram durante anos, influenciando tanto na sua vida afetiva quanto na profissional. “A *violência atinge sempre o rosto que ela deforma com reflexo do sofrimento; toda violência é uma desfiguração. A violência fere e deixa marcas profundas na humanidade de quem a sofre.*”³

A pandemia do Covid-19 intensificou a migração das práticas violentas para as redes sociais. Combater o *bullying* na internet (*cyberbullying*) tem sido o grande desafio de pais e profissionais de educação nesse período em que crianças e adolescentes permanecem a maior parte do seu tempo online, com a limitação das atividades presenciais. A violência na internet tem atingido até mesmo adultos que, constantemente, são “cancelados”, isto é, são atacados por diversas pessoas por causa de um comportamento ou um posicionamento não compactuado por parte das outras pessoas. A cultura do cancelamento muitas vezes tem por objetivo, mesmo que indiretamente, a morte subjetiva do sujeito. Como refletiu Müller³: “(...) *qualquer violência é um processo de homicídio, de aniquilação.*”

Trabalhar para uma cultura de não-violência talvez seja um dos grandes desafios a ser superado durante o século XXI. Entretanto, superar a concepção arraigada no imaginário social de que é necessário violências para se acabar com uma violência é algo que se tem demonstrado um dos principais complicadores para quem atua nesta área e teoriza sobre essa temática. Será que a humanidade terá sempre que conviver com as violências por acreditar que uma sociedade pacífica é utopia?

Referências bibliográficas

1. LORENZ, K. **On aggression**. New York: Harcourt, Brace & World, 1960.
2. KRUG EG et al., eds. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.
3. MULLER, JEAN-MARIE. **O princípio da não-violência**/ Jean-Marie Muller; tradução de Inês Polegato. São Paulo: Palas Athena, 2007
4. MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. D. V. E. S. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
5. PINO, A. Violência, Educação e Sociedade: Um olhar sobre o Brasil contemporâneo. **Educação Sociológica**, Campinas, 28, n. 100, 763-785, outubro de 2007
6. BERTELLI, F. **Observações para uma cartografia da violência na obra de Freud**. 2015.96f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da violência). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2015
7. FREUD, S. **O futuro de uma ilusão; O mal-estar da civilização**. [1927]. Edição Standard Brasileira

das Obras Psicológicas Completas. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p.15-74

8. FREUD, S. **Totem e tabu**. [1913]. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p.19-194.
9. FREUD, S. **Reflexões para os tempos de guerra e morte**. [1915c]. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p.338.
10. DADOUN, R. **A Violência**; ensaio acerca do homo violens. São Paulo: Difel, 1998.
11. CECCARELLI, P. R. Agressividade, trabalho de cultura e violência. In: **Psicanálise na vida cotidiana 2**. Andrade, E; Freitas, V; Ceccarelli, P. (org.). Bom Despacho: Literatura em cena, 199-226, 2020.
12. GIRARD, R. **A violência e o sagrado**. São Paulo: Universidade Paulista, 1990.
13. ANTUNES, D. C.; ZUIN, A. A. S. Do Bullying ao preconceito: Os desafios da barbárie à educação. **Psicologia & Sociedade**, 20, n. 1, 2008. 33-42.
14. OLWEUS, D. Bully/victim problems in school: Facts and intervention. **European Journal of Psychology of Education**, v. XII, n. 4, p. 495-510, 1997.
15. BANDEIRA, C. M.; HUTZ, C. S. As implicações do bullying na autoestima de adolescentes. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 131-138, janeiro/junho 2010.
16. CECCARELLI, P. R.; PATRÍCIO, C. J. Bullying e pós-modernidade: uma relação intrínseca (?). **POLÊM! CA Revista Eletrônica**, v. 12, n. 3, p. 415-431, julho/agosto/setembro 2013
17. ZAINÉ *et al.* Comportamentos de *bullying* e conflito com a lei. **Estudos de Psicologia** Campinas 27(3), 375-382,2010.
18. FREUD, S. **O Estranho**. [1919]. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
19. PATRÍCIO, C. J. **A violência por trás da “brincadeira”**: um estudo quantitativo sobre o bullying entre estudantes de Belo Horizonte.2013.82f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.2013
20. FANTE, C.; PEDRA, J. A. **Bullying escolar**: perguntas e respostas. Porto Alegre: Artmed, 2008.
21. SHARIFF, S. **Ciberbullying**: questões e soluções para a escola, a sala de aula e a família. Tradução de Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2011.
22. BRASIL, M. D. S. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, 2005.
23. BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
24. BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Trad. Mauro Gama, Cláudia Martinelli Gama: revisão técnica Luiz Carlos Fridman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,1998
25. NETO, A. A. L. Bullying-Comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, p. 164-172, 2005.

A violência na Aldeia de Dogville: Uma leitura psicanalítica

Thaís de Campos Meneses

Resumo

O presente artigo, ao considerar o que Freud diz sobre a agressividade ser algo inerente a todo ser humano e a ideia de Miller, de que “nada mais humano do que o crime”, pretende fazer uma concisa análise do filme Dogville¹, de 2003 e dirigido por Lars von Trier. Para tanto, trabalhará alguns conceitos psicanalíticos, como Supereu, pulsão de morte, agressividade e violência. Faremos um breve retorno a Freud e Lacan ao pensarmos as duas vertentes do Supereu, que são, simultaneamente, a interdição do incesto e interiorização da lei, assim como, também, uma figura feroz, um imperativo que manda que o sujeito goze e que nunca esteja satisfeito.

Palavras-chave: Dogville. Psicanálise. Violência.

Introdução

Miller² nos lembra que, mesmo diante de toda possível simpatia, compaixão e piedade existente nos humanos, há também algo que será desmascarado pelo crime. Para ele, “nada mais humano do que o crime”.

Buscando compreender a ideia transmitida por Miller e trabalhar, de forma breve, o conceito de violência para agressividade, o presente artigo fará uma análise do filme “Dogville”¹, dirigido por Lars von Trier.

Para tanto, será necessário percorrer alguns conceitos, como o Supereu, sentimento de culpa e agressividade, além do próprio conceito de violência a partir da teoria psicanalítica.

O Supereu e suas formas de manifestações

O Complexo de Édipo traz como consequência decisiva para a estruturação da personalidade do sujeito aquilo que Freud³ chamou de Supereu. O Supereu se estabelece quando a criança abandona os pais como objetos sexuais de desejo, embora os mantenha como objeto de identificação e passa a assimilar a moral deles, o que resulta no Supereu e, com ele, o pudor, vergonha, sentimento de culpa... como uma herança da saída do Édipo.

Grace, no início do filme, rouba um osso do cachorro de Dogville. Após esse fato, rejeita a comida oferecida por Tom ao dizer que deveria se castigar.

Podemos levantar a hipótese de que ela aja guiada pelo sentimento de culpa. Para Freud,⁴ em alguns sujeitos a culpa decorrente do complexo de Édipo pode ser a causa do ato criminoso. “[...] a consciência de culpa estava presente antes do delito, não se originou deste, pelo contrário, foi o delito que procedeu da consciência de culpa”.⁴

Talvez o castigo imposto por Grace venha antes do furto do osso, tenha sido o sentimento de culpa que a fez pegar o osso, atravessado pelo Supereu gozador do qual nos fala Lacan, como veremos posteriormente.

Lembrando que, para Freud⁵

O superego retém o caráter do pai, enquanto que quanto mais poderoso o Complexo de Édipo e mais rapidamente sucumbir a repressão [...] mais severa será posteriormente a dominação do superego sobre o ego, sob a forma de consciência ou, talvez, de um sentimento inconsciente de culpa.

Devemos ter em mente que Lacan não desconsidera o que Freud diz sobre o Supereu: ele faz uma releitura e vai além.

Inicialmente Freud⁵ nos lembra que o Supereu surgiu para o sujeito quando os primeiros objetos libidinais do id foram introjetados. O Supereu “[...] é tanto um representante do id quanto do mundo externo”. Vemos aqui uma referência do autor

que relaciona o Supereu ao id, ou seja, às pulsões. Lembrando que, para Freud⁵, “[...] pode-se dizer do id que ele é totalmente amoral; do ego, que se esforça por ser moral, e do superego que pode ser super moral e tornar-se então tão cruel quanto somente o id pode ser”.

Lacan resgata em Freud essa relação do Supereu com o id para dizer que o Supereu, além de interditar o gozo e introduzir o sujeito à Lei como já defendia Freud, também impõe que o sujeito goze, na forma de um imperativo.

Para Lacan⁶ o Supereu “[...] tem uma relação com a lei, e ao mesmo tempo, é uma lei insensata, que chega até a ser o desconhecimento da Lei. [...] é ao mesmo tempo a lei e sua destruição”.

Dogville é uma aldeia pequena e afastada. Seus poucos moradores, buscando manter boa relação entre si, buscando um “aperfeiçoamento da moral”, realizam reuniões organizadas por Tom. Aparentemente essas reuniões nada mais são do que uma forma encontrada por eles para que o Supereu que busca o gozo absoluto não apareça e todos permaneçam com boa convivência entre si. Mas em algum momento essa face do Supereu tinha que aparecer, como se vê na narrativa.

Quando a polícia vai à aldeia informar que Grace havia participado de assaltos nas últimas semanas, os moradores da aldeia, mesmo sabendo que isso não era verdade, já que durante esse tempo Grace estava com eles, começam a tratar Grace de forma diferente: aumentam o trabalho dela na aldeia e a desrespeitam. Os moradores a tratam cada vez pior, chegando a amarrá-la e fazer com ela o que quisessem, incluindo violentando-a sexualmente. Aqui, vale lembrar o lado feroz do Supereu, impossível de se satisfazer, que exige sempre mais.

Grace, durante todo o tempo, aceita ficar na posição que os moradores a colocam: posição de objeto. Somente quando seu pai, chefe dos gangsters, chega à aldeia e lhe oferece poder em troca dela voltar para casa, é que ela, como seu primeiro ato de poder, manda que matem todos os moradores de Dogville, exceto Tom, pois é Grace quem lhe dá um tiro na cabeça.

Freud⁷ relata que o Supereu é o grande responsável pela agressividade dos seres humanos. O sujeito é ao mesmo tempo agredido e agressor, tanto de si próprio como do outro.

Agressividade

A agressividade para Freud⁷ é algo da ordem humana, libidinal, inerente ao ser humano. Ela dificulta os relacionamentos em uma civilização, fazendo com que a vida em sociedade seja ameaçada de desintegrar-se. “A civilização tem que utilizar esforços supremos a fim de estabelecer limites para os instintos agressivos do homem e manter suas manifestações sob controle por formações psíquicas reativas”.

Por isso buscamos métodos para tentar viver bem em sociedade, como a inibição, a restrição à vida sexual e o “mandamento ideal” de “amar ao próximo como a si mesmo”, “mandamento que é realmente justificado pelo fato de nada mais ir tão fortemente contra a natureza original do homem”⁷

Freud⁷ diz que

[...] os homens [...] são criaturas entre cujos dotes instintivos deve-se levar em conta uma poderosa quota de agressividade. Em resultado disso, o seu próximo é, para eles, não apenas um ajudante potencial ou um objeto sexual, mas também alguém que os tenta satisfazer sobre ele a sua agressividade.

Antes de Grace aparecer em Dogville, todos os moradores tinham certo tipo de funcionamento para manter aquela aldeia em seu lugar. Podemos nos perguntar se isso seria uma forma de gozo como funcionamento da sociedade, e, quando Grace chega e todos passam a agredi-la, seria uma nova forma se apresentando. Dogville se mantinha de sua maneira e quando Grace surge, com um modo de gozo diferente, algo que estava estabilizado na aldeia se desfaz.

Talvez essa mudança de atitude dos moradores frente à chegada de Grace possa ser pensada com o que Freud⁷ chama de “narcisismos das pequenas diferenças”: para que o homem consiga viver em sociedade, em segurança, precisa abrir mão de uma parcela de sua agressividade. “Evidentemente, não é fácil, para os homens, renunciar à gratificação de seu pendor à agressividade; não se sentem bem ao fazê-lo”

Os homens se juntam em pequenos grupos “sob a forma de hostilidade contra intrusos”. Para Freud⁷, “Sempre é possível ligar um grande número de pessoas pelo amor, desde que restem outras para que se exteriorize a agressividade”.

Quando Grace chega, algo que recalcava a agressividade da aldeia desaparece e, em resposta, vem o ato. Os moradores da aldeia passaram a satisfazer sua agressividade dirigindo-as à nova moradora, fazendo a moradora de objeto sexual, explorando-a com seu trabalho e amarrando-a como um animal.

A agressividade pode ser sublimada, recalcada, já que somos sujeitos introduzidos na linguagem. Lacan⁸ nos lembra que “O diálogo em si parece construir uma renúncia à agressividade”

Vale lembrar que a agressividade é, segundo Freud⁹, resultado da pulsão de morte, e para Lacan¹⁰, uma forma de satisfação da pulsão.

Pulsão de Morte

Freud⁹ distingue dois tipos de pulsões: as de morte e as sexuais – as sexuais buscam sempre a efetivação e renovação da vida. O autor cita o filósofo Schopenhauer para lembrar que “a morte é o autêntico resultado e, portanto, o objetivo da vida, enquanto

o instinto [pulsão] sexual, é a encarnação da vontade de vida”.

Sendo assim, as pulsões sexuais neutralizam parcialmente as de morte. Posteriormente Freud⁹ separa as pulsões como de vida (anteriormente sexuais) e de morte.

Para Lacan¹⁰, só existe um tipo de pulsão: pulsão de morte. Para explicar isso ele defende que toda pulsão tem como finalidade essencial a morte. “[...] e concilio as duas faces da pulsão - que, ao mesmo tempo, presentifica a sexualidade no inconsciente e representa, em sua essência, a morte”.

Quando os moradores passam a agredir Grace, esta não faz nada para acabar com a situação. Muito pelo contrário, fica em posição de objeto, como algo inanimado. A personagem, poderia encontrar como saída gritar, xingar, fugir, passar ao ato, mas nada faz além de permanecer quieta, sem maiores questionamentos sobre sua posição.

Freud⁹ nos ajuda a pensar a posição de Grace ao dizer que a pulsão de morte é algo do ser humano que faz com que ele tenda a retornar ao inanimado, uma vez que “o objetivo de toda vida é a morte, e [...] que o inanimado existia antes que o vivente”.

Somente quando tem a conversa com seu pai, Grace se coloca em cena. O que impede de nos deixarmos levar pela pulsão de morte são rodeios que criamos até chegar lá, na morte. Grace talvez tenha encontrado, com a conversa com seu pai, algo que lhe fez criar um desses rodeios: entrar para o crime, fazer parte dos gangsters, ou talvez simplesmente se reconciliar com sua figura de pai fora da lei.

Segundo Lacan¹¹, quando se encontra diante do impossível de se dizer, o sujeito pode agir, atuar, encontrando como saída a violência.

Violência

Freud⁷ nos mostrou que a sociedade, a lei, foi fundada devido a um ato de violência: o assassinato do pai primevo. Violência e culpa são fundadoras da lei e da civilização. Já a pulsão de morte aparece sob muitas formas de violência, podendo ser voltada para o outro, como no sadismo, ou para o próprio sujeito, como no masoquismo.

Diante de um impossível suportar de sua figura paterna, Grace foge, talvez em busca de uma nova versão de pai, uma versão que lhe coloque interdição, lhe mostre um caminho. Mas se depara novamente com uma versão de pai gozador, violento.

Depois de muito ser violentada, talvez Grace tenha se identificado com a sua versão paterna e, autorizada por este, manda matar todos da aldeia, passando de um gozo masoquista, para o sadismo.

Para compreendermos a diferença entre violência e agressividade, devemos recorrer a Lacan¹¹, ao dizer que “[...] a violência é de fato o que há de essencial na agressão, pelo menos no plano humano. Não é a fala, é até exatamente o contrário. O que pode produzir-se numa relação inter-humana são a violência ou a fala”.

Como vimos anteriormente, a agressividade, por estar no campo da linguagem, pode ser recalçada e, por isso, pode ser decifrada ao ser posta em palavras, mas quando essa agressividade é atuada, quando o simbólico não prevalece, podemos nos deparar com a violência.

Se a violência distingue-se, em sua essência, da fala, pode colocar-se a questão de saber em que medida a violência como tal - para distingui-la do uso que fazemos do termo agressividade - pode ser recalçada, uma vez que postulamos como princípio que só pode ser recalçado, [...] aquilo que revela ter ingressado na estrutura da fala¹¹.

Sendo assim, levando em consideração que a violência está fora do campo da palavra, do simbólico, diferentemente da agressividade, ela não é analisável e não pode ser recalçada. A violência está fora do discurso, logo está fora do campo do Outro. Assim, um possível tratamento para a violência é trazer aquilo que causa o ato para o campo do simbólico.

Conclusão

O filme Dogville se inicia com um prólogo que nos apresenta a história da pequena aldeia e seus moradores:

Eis a triste história da aldeia de Dogville. Dogville ficava nas montanhas rochosas nos EUA. Aqui, onde a estrada termina definitivamente, [...] Os residentes de Dogville eram gente boa e honesta que amavam sua aldeia. E apesar de uma alma sentimental da costa leste ter chamado à rua principal de rua do Olmo, Ainda que olmo jamais tivera lá projetado a sua sombra, Nem sequer nisso viam razão para mudar [...]

Tentamos estabelecer normas para conseguirmos viver em sociedade, mas algo sempre sai do controle, sempre escaparemos, em certa medida, das regras que nos são impostas.

Apesar de alguém colocar o nome da rua principal de Dogville de “rua do Olmo”, - “árvore que cura” -, o próprio prólogo do filme diz: “olmo jamais tivera lá”. Como em toda sociedade, os sujeitos que lá habitavam sempre estavam às voltas com o Supereu e, com isso, pulsões, agressividade, violência, gozo, masoquismo, sentimento de culpa. No final, Dogville foi condenada à morte, sem chance alguma de cura, por um de seus personagens, Grace.

Referências

1. **DOGVILLE**. Direção de Lars von Trier. Suécia: Zentropa Entertainments, 2004.
2. MILLER, Jacques-Alain. **Nada é mais humano do que o crime** (2008). Almanaque n.4 Disponível em <<http://almanaquepsicanalise.com.br/nada-e-mais-humano-que-o-crime/>>. Acesso em: 10/09/2020.

3. FREUD, Sigmund. (1923-1925). “O problema econômico do masoquismo”, In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. **O Ego e o Id e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1976, v. XIX, p. 199-214.
4. FREUD, Sigmund. (1916). “Os criminosos por sentimento de culpa”, In: FREUD, Sigmund. **Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e outros textos**. Obras completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 14, p. 284-286.
5. FREUD, Sigmund. (1923-1925). “O Ego e o Id”, In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. **O Ego e o Id e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1976, v. XIX, p. 25-86.
6. LACAN, Jaques. (1953-1954). **O Seminário, Livro 1: a tópica do imaginário**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986, p. 89-124.
7. FREUD, Sigmund. (1927-1931). “O mal-Estar na civilização”, In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. **O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros textos**. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1974, v. XXI, p. 75-282
8. LACAN, Jaques. (1948). “A agressividade em psicanálise”, In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 104-126.
9. FREUD, Sigmund. (1917-1920). “Além do princípio do prazer”, In: FREUD, Sigmund. **História de uma neurose infantil: o homem dos lobos, além do princípio do prazer e outros textos**. Obras completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 14, p. 161 – 239.
10. LACAN, Jaques. (1964). **O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008, p. 123-198.
11. LACAN, Jaques. (1957-1958). **O Seminário, Livro 5: As formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, p. 185-484.

Aspectos epidemiológicos e qualidade dos registros de óbitos por suicídio em cidade pólo de Minas Gerais

Débora Cristina Vieira
Maria da Conceição Werneck Cortes
Leonardo Tadeu Vieira

Fernando Volpe
Eliane Dias Gontijo

Resumo

Introdução: A Organização Mundial da Saúde estima que 800 mil pessoas morrem todos os anos vítimas de autoexterminio. No Brasil, em 2019, registrou-se, em média, um caso a cada 39 minutos. O risco de suicídio quase duplicou em Montes Claros, passando de 4,1 a 6,2 por cem mil habitantes no período de 2014 a 2018. **Objetivo:** Analisar características demográficas e sociais das vítimas utilizando as declarações de óbito do Instituto Médico Legal de cidade polo mineira, em quatro anos e avaliar a qualidade dos registros. **Métodos:** Foi realizado estudo descritivo dos óbitos registrados no IML, que atende o município de Montes Claros e cidades circunvizinhas, entre 2014 e 2018. Foram considerados os óbitos codificados entre X60 e X84 da 10 revisão da Classificação Internacional de Doenças. **Resultados:** Foram identificados 223 casos de suicídio no período estudado, com predomínio entre homens (83,4%), pardos (81,2%) dos 20 e 59 anos (82%), em especial entre adultos jovens, dos 20 aos 39 anos (43%), solteiros (54,3%). O enforcamento (74%) foi o método mais frequente e o domicílio o local mais comum (51%). Verificou-se alto percentual de não preenchimento de diversos campos da DO como escolaridade (81,2%), assistência médica (39%), fonte de informação, data de nascimento (29,1%) e necropsia (27%). A análise de correspondência entre o método utilizado no autoexterminio e a faixa etária da vítima mostra uma associação maior entre vítimas que utilizaram arma de fogo ou arma branca e idade até 19 anos de idade. As vítimas com idade entre 20 e 39 anos, e aquelas com 60 ou mais anos de idade se associaram mais o método do enforcamento. As vítimas cujo método utilizado foi envenenamento / incendiamento ou outros se associaram mais com idade entre 40 e 59 anos. **Conclusão:** Espera-se melhor qualidade dos registros de um serviço médico legal. A relevância e magnitude da violência autoinflingida necessita de informações completas e discussões aprofundadas para o planejamento de estratégias de enfrentamento eficazes e efetivas.

Palavras-chave: Suicídio, epidemiologia, violência autoinflingida

Introdução

A Organização Mundial de Saúde estima que aproximadamente 800 mil pessoas morrem todos os anos, vítimas de autoextermínio. É uma morte a cada 40 segundos no mundo, equivalente a 1,4% dos óbitos totais, o que coloca o suicídio entre as dez principais causas de morte.¹ O Brasil registrou 13.520 mortes por suicídio em 2019, em média um caso a cada 39 minutos representando 6,4 mortes em cada cem mil habitantes, com predomínio (78%) em homens².

Este agravo faz parte do item violências interpessoais e autoprovocadas e integra a lista de doenças e agravos que devem ser notificados compulsoriamente no Sinan. A partir de 2014, a própria tentativa de suicídio passou a ser motivo de notificação obrigatória e imediata a ser feita em até 24 horas. A pronta comunicação permite agilizar formas de intervenção e prevenção de novas ocorrências.^{3,4}

O monitoramento de indicadores epidemiológicos contribui no planejamento das estratégias de prevenção. Informações sobre incidência, características demográficas e os métodos utilizados contribuem para desenvolver e subsidiar ações de prevenção e intervenções eficazes baseadas em evidências⁵. Trata-se, portanto, de tema que necessita aprofundamento e investigação.

Fatores como transtornos mentais, uso ou abuso de drogas, depressão, tentativas anteriores de suicídio, ausência de apoio social, histórico familiar, baixo nível de escolaridade, desemprego, dentre outros, estão associados ao autoextermínio¹⁹.

No município mineiro de Montes Claros, cidade polo do norte de Minas com população estimada de 413.487 habitantes, entre 2014 a 2018 verificou-se maior incidência de óbitos por suicídio na faixa etária entre os 20 e 39 anos, em homens e solteiros, sendo o domicílio o local de maior ocorrência^{6,7}. Compreender os fatores associados possibilita ações mais efetivas e eficientes.

O presente estudo pretende analisar características demográficas e sociais referentes a pessoas que cometeram o suicídio - idade, sexo, cor da pele, estado civil, os métodos utilizados - registradas nas declarações de óbito do Instituto Médico Legal (IML) de Montes Claros, Minas Gerais, nos anos de 2014 a 2018. Para avaliar a ocorrência de subregistros, os casos de autoextermínio foram comparados àqueles identificados no SIM - Sistema de Informação de Mortalidade/MS. A compreensão dos múltiplos elementos associados à complexidade desse fenômeno pode contribuir para melhor adequação de políticas públicas e estratégias de intervenção.

Metodologia

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo dos óbitos por suicídio registrados no IML de Montes Claros/ MG, com identificação de fatores associados ao método

utilizado e análise da qualidade dos registros. O IML atende o próprio município e cidades circunvizinhas no esclarecimento de óbitos decorrentes de causas externas- acidentes e violências, como uma das suas competências.

Instrumento de coleta dos dados

Para os dados de 2014 a 2018 foi utilizada cópia da Declaração de óbito como espelho para coletar as informações sociodemográficas, observando o local de residência, no momento do ato e o local de ocorrência, idade, sexo, cor da pele, gravidez / puerpério, estado civil, fonte de informação do óbito, ocupação, assistência médica e o método utilizado para o autoextermínio, fatores citados nas declarações.

Foram incluídas, num primeiro momento todas as Declarações de óbito relativas aos anos estudados, totalizando 2.761 óbitos por causas externas. Em seguida, foram selecionadas as Declarações com óbitos codificados entre X60 e X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)

Para identificar os óbitos incluídos nessa classificação foi analisado inicialmente o campo 48 (Prováveis circunstâncias da morte não natural). Persistindo dúvida foi consultado o campo 40 (Causas da Morte) e o campo 51 (Descrição sumária do evento) e por fim, confirmado pelo Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) acessado junto aos policiais civis que trabalham no IML.

A ocupação foi codificada segundo a CBO – Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e reclassificada em três grandes categorias.

1. Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca; 2. Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados e 3. Profissionais das ciências e das artes.

Como nos registros do IML constavam descrição das vítimas como aposentado ou estudante, optou-se pela inclusão outra categoria na classificação.

Análise dos dados

Os dados foram analisados em frequência simples absoluta (números absolutos), frequência relativa (razão, taxas e proporções), e análise de correspondência. Foram estudadas as seguintes características: sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça, ocupação e método utilizado para o autoextermínio. Calculou-se as taxas de mortalidade geral, específica e proporcional. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Utilizou-se a Análise de Correspondência (AC) como técnica multivariada de análise exploratória de dados para representar associações.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Plataforma Brasil, CAAE nº 02244118.3.0000.5149.

Resultados

No período de 2014 a 2018 foram registrados no IML 223 óbitos por autoextermínio ocorridos no município de Montes Claros e em 42 cidades circunvizinhas.

A maior incidência de suicídio concentrou-se entre homens (83,4%), pardos (81,2%) dos 20 e 59 anos (82%), em especial entre adultos jovens, dos 20 aos 39 anos (43%), metade solteiros (54,3%) (Tabela 1). Trabalhadores do setor de serviços e do setor agrícola, principais ocupações da região apresentam percentual semelhante de (30%). Dezesete estudantes (8%) faleceram precocemente.

A escolaridade das vítimas não foi registrada em 181 declarações (81,2%), naquelas com essa informação, verificou-se predomínio de ensino médio (42,8%)

Tabela 1- Dados sócio demográficos de vítimas de autoextermínio registrados no IML de Montes Claros MG, 2014 a 2018

| Variáveis | N | % |
|--------------------------|-----|------|
| Faixa etária | | |
| ≤ 19 anos | 16 | 7,2 |
| 20-39 anos | 96 | 43,0 |
| 40 - 59 anos | 87 | 39,0 |
| ≥ 60 anos | 24 | 10,8 |
| Sexo | | |
| Masculino | 186 | 83,4 |
| Feminino | 32 | 14,3 |
| Sem informação | 05 | 2,2 |
| Cor da pele | | |
| Branca | 22 | 9,9 |
| Preta | 06 | 2,7 |
| Parda | 181 | 81,2 |
| Sem informação | 14 | 6,3 |
| Situação conjugal | | |
| Casado | 58 | 26,0 |
| Solteiro | 121 | 54,3 |
| Viúvo | 06 | 2,7 |
| Separado/divorciado | 08 | 3,6 |
| União estável | 05 | 2,2 |
| Sem informação | 25 | 11,2 |
| Escolaridade | | |
| Sem escolaridade | 3 | 1,3 |
| ≤ oito anos estudados | 11 | 4,9 |
| Ensino médio | 18 | 8,1 |
| Ensino superior | 10 | 4,5 |
| Sem informação | 181 | 81,2 |

Tabela 2 - Mortalidade por suicídio segundo o método utilizado e características sociodemográficas de sexo, faixa etária e ocupação. Montes Claros, 2014 a 2018.

| Variáveis | Arma de fogo/branca | | Método utilizado | | | | | | Total |
|---------------------|---------------------|------|------------------|-------------|------------|-------------|----|------|-------|
| | | | Enforcamento | | Miscelânea | | SI | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N |
| Sexo | | | | | | | | | |
| masculino | 19 | 10,2 | 140 | 75,3 | 12 | 6,5 | 15 | 8,1 | 186 |
| feminino | 0 | 0 | 20 | 62,5 | 6 | 18,7 | 6 | 18,7 | 32 |
| SI n=5 | | | | | | | | | 5 |
| Faixa etária | | | | | | | | | |
| anos | | | | | | | | | |
| Até 19 | 3 | 18,8 | 11 | 68,8 | 1 | 6,3 | 1 | 6,3 | 16 |
| 20 a 39 | 8 | 8,3 | 74 | 77,1 | 6 | 6,3 | 8 | 8,3 | 96 |
| 40 a 59 | 6 | 6,9 | 61 | 70,1 | 10 | 11,5 | 10 | 11,5 | 87 |
| 60 ou mais | 2 | 8,3 | 19 | 79,2 | 1 | 4,2 | 2 | 8,3 | 24 |
| Ocupação | | | | | | | | | |
| Setor agrícola | 4 | 5,8 | 48 | 69,6 | 9 | 13,0 | 8 | 11,6 | 69 |
| Setor de serviço | 8 | 10,3 | 62 | 79,5 | 3 | 3,8 | 5 | 6,4 | 78 |
| Nível superior | 1 | 11,1 | 6 | 66,7 | 0 | 0,0 | 2 | 22,2 | 9 |
| Estudante | 1 | 5,9 | 12 | 70,6 | 2 | 11,8 | 2 | 11,8 | 17 |
| Aposentado | 0 | 0,0 | 6 | 75,0 | 0 | 0,0 | 2 | 25,0 | 8 |
| SI n=42 | | | | | | | | | 42 |
| TOTAL | 19 | 8,5 | 165 | 74,0 | 18 | 8,1 | 21 | 9,4 | 223 |

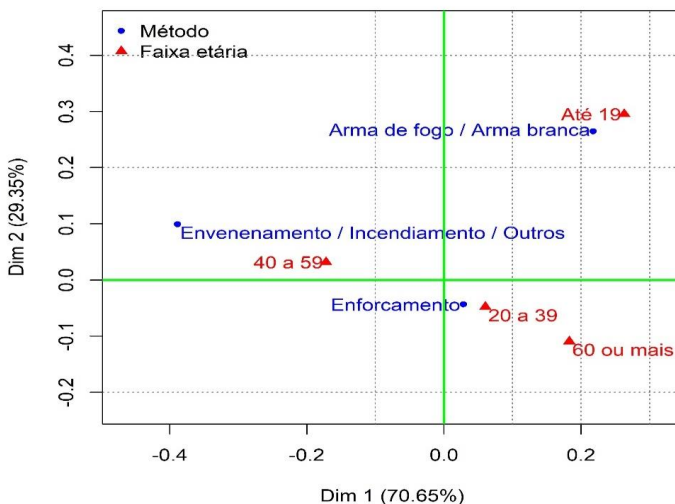
Legenda: **Miscelânea:** Envenenamento/ intoxicação/ incêndio/ afogamento/ atira-se a frente de veículo. **SI=** sem informação

O enforcamento foi o método mais frequente, presente em 74% dos casos. Entre essas ocorrências, verificou-se maior percentual entre os homens, 75,3%. Ainda nesse grupo, a faixa etária de maior concentração deu-se entre 60 anos ou mais, com 79,2%, seguido da faixa de 20-39 anos, 77,1%. Esse método mostrou-se prevalente entre todas as ocupações, predominando no setor de serviços (79,5%), embora seja também frequente entre trabalhadores do setor agrícola (69,6%). (Tabela 2)

A análise de correspondência (AC) entre o método utilizado no autoextermínio e a faixa etária da vítima (FIGURA 1) mostra uma associação maior entre vítimas que utilizaram arma de fogo ou arma branca e idade até 19 anos de idade. As vítimas com idade entre 20 e 39 anos, e aquelas com 60 ou mais anos de idade se associaram mais o método do enforcamento. As vítimas cujo método utilizado foi envenenamento / incêndio ou outros se associaram mais com idade entre 40 e 59 anos.

O local mais comum de ocorrência dos óbitos foi o domicílio, 51,1%, principalmente entre as mulheres 59,4%; nas faixas etárias de 60 anos ou mais e até 19 anos (62,5% para ambas). Os óbitos domiciliares corresponderam a metade dos óbitos em todas as ocupações com percentual superior a 70%.

Figura 1: - Correspondência entre o método utilizado no suicídio e a faixa etária da vítima



Os dados disponíveis no SIM/MG de residentes em Montes Claros no período de 2014 a 2018 somam 80 óbitos por suicídio, enquanto nos registros do IML foram encontrados 90 óbitos apontando subregistro de 10 óbitos (TABELA 3).

Tabela 3 - Óbitos por suicídio ocorridos em Montes Claros e Microrregião no DATASUS MG e IML de Montes Claros no período de 2014 a 2018.

| | SIM DATASUS MG | | IML | |
|-------|----------------|-----|---------------|-----|
| | Montes Claros | | Montes Claros | |
| | N | % | N | % |
| 2014 | 10 | | 16 | |
| 2015 | 12 | | 13 | |
| 2016 | 19 | | 20 | |
| 2017 | 14 | | 16 | |
| 2018 | 25 | | 25 | |
| Total | 80 | 100 | 90 | 100 |

A taxa de mortalidade é similar em Montes Claros, Belo Horizonte, Minas Gerais e Brasil, em torno de 6 óbitos por cem mil. Em todos os locais verifica-se tendência de aumento, em especial em Montes Claros com risco duplicado entre 2015 e 2018. (TABELA 4).

Tabela 4 – Taxas de mortalidade por suicídio em Montes Claros, Belo Horizonte, Minas Gerais e Brasil, por 100.000 habitantes, no período de 2014 a 2018

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|-----|-------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | N | Taxa | N | Taxa | N | Taxa | N | Taxa | N | Taxa |
| MOC | 16 | 4,1 | 13 | 3,29 | 20 | 5,02 | 16 | 3,97 | 25 | 6,17 |
| BH | 144 | 5,78 | 144 | 5,75 | 139 | 5,53 | 165 | 6,53 | 31 | 6,24 |
| MG | 13.57 | 6,54 | 1.303 | 6,24 | 1302 | 6,20 | 1.515 | 7,17 | 1.313 | 6,24 |
| BRA | 10.65 | 5,25 | 11.178 | 5,46 | 11.433 | 5,54 | 12.495 | 5,99 | 12.733 | 6,11 |

Legenda MOC=Montes Claros. BH= Belo Horizonte. MG=Minas Gerais. BRA=Brasil

A mesma tendência foi observada na análise da mortalidade proporcional, com aumento do impacto da morte por autoextermínio, no município de Montes Claros, passando de 2,4% em 2014 para 4,7 % em 2018.

Qualidade das Informações

Observa-se alto percentual de não preenchimento de diversos campos da DO com 81,2% do campo escolaridade não preenchido, seguido de assistência médica (39%), fonte de informação, data de nascimento (29,1%) e necropsia (27%). Ressalta-se a incompletude de 6% dos campos 40 (método utilizado) e 9% do campo 48 (prováveis circunstâncias), essenciais para caracterização do óbito.

Discussão

A compreensão real sobre o suicídio pode ser falha e parcial devido à sua complexidade e multicausalidade. O estudo apontou características das vítimas coincidentes com a literatura.

O maior índice de suicídio em homens tem sido atribuído a comportamentos que os deixam mais vulneráveis ao autoextermínio, como maior dificuldade em buscar ajuda ou aceitar tratamentos, maior impulsividade e a escolha de métodos mais letais.^{8,9,10,11}

Os fatores que parecem proteger mais as mulheres desse desejo consciente de morrer - religiosidade, maior resiliência, baixa prevalência ao alcoolismo e outras drogas, reconhecimento mais rápido dos riscos relacionados a depressão e outras doenças mentais, e maior participação nas redes de apoio social poderiam constituir elementos relevantes para ações de enfrentamento do problema.¹¹

Nesse estudo, observou-se que a maioria das pessoas que foram a óbito por suicídio foi identificada como parda, contrastando com estudo em outra região do estado, com a mesma distribuição étnica, em que 73% das vítimas eram brancas.¹² No Brasil, a cor da pele ou raça é autodeclarada, podendo haver subjetividade no registro. Embora a literatura aponte altas taxas de suicídio nas populações indígenas, não apareceu nesse estudo nenhum caso de vítima dessa etnia, apesar da existência de grupos indígenas na região. Essa ausência indica a necessidade de melhor compreensão do fenômeno e avaliação de suas vulnerabilidades e da questão de subregistro.

Pessoas que vivem sozinhas, são solteiras ou estão sem parentes próximos, podem apresentar maiores taxas de suicídio. A literatura aponta que a conduta suicida aparece frequentemente em homens separados, divorciados ou viúvos, possivelmente relacionado ao estresse da perda dos seus vínculos.¹³ Os relacionamentos interpessoais parecem contribuir para o aspecto motivacional de vida do sujeito e a falta de integração social relaciona-se ao suicídio.^{13,14} Essa solidão pode ser um fator determinante para a

escolha do domicílio como local de consumação do ato, aliado à probabilidade de ser encontrado e socorrido, em tempo hábil. Esse achado é consistente com estudo realizado, na Índia, em que 93% dos casos ocorreram no domicílio.¹⁰ Ainda a respeito do local de ocorrência do óbito, uma revisão de literatura sobre o suicídio entre idosos, entre 2007 a 2017, identificou que metade dos suicídios ocorrem no domicílio.¹⁵

A predominância do espaço rural na região estudada vem sendo substituída progressivamente pelo espaço urbano com a finalidade de atender às exigências das demandas que surgem em seu cotidiano, como o aumento das atividades produtivas na cidade (indústria, comércio e serviços) e aumento da demanda habitacional, gerado pela concentração populacional. É nesse contexto, que se verifica que a maior parte das pessoas que se suicidaram desempenhavam atividades relacionadas à produção de bens e serviços, embora um terço ainda seja de trabalhadores do campo.

Situação semelhante foi encontrada em estudo realizado em Sergipe segundo ocupação, no qual as maiores taxas também ocorreram entre trabalhadores agrícolas (27,6%) e trabalhadores da construção civil (16,3%), porém, a ordem de ocorrência entre as ocupações foi inversa à da presente pesquisa.¹⁶

Em um estudo de coorte prospectivo realizado na Noruega descobriu-se que os agricultores tinham altas chances de sintomas de depressão em comparação com outros grupos ocupacionais e depressão é um transtorno mental que representa fator de risco para suicídio. No período de 2006-2008, pesquisa entre irmãos agricultores e não agricultores mostraram que aqueles que desempenhavam atividades agrícolas também tiveram maiores chances de ter sintomas de ansiedade alta em comparação com seus irmãos não-agricultores.¹⁷

Destaca-se o índice de 8% de estudantes que decidiram interromper a vida. Este grupo, considerado vulnerável, onde o suicídio aparece entre as cinco principais causas de morte na faixa etária (15 e 19 anos) no mundo.¹ O autoextermínio traz consequências negativas para os familiares da vítima, mas pode influenciar seu grupo social. Os estudos indicam que as prováveis motivações para a ideação suicida (histórico de suicídio na família, transtornos mentais, exposição à violência, abuso de álcool e drogas, conflitos familiares) tendem a ser constante nos adolescentes de diferentes culturas¹⁸

Os métodos utilizados estão associados ao perfil das pessoas que cometem e tentam o suicídio. Enquanto homens preferem métodos mais letais, como enforcamento, armas de fogo ou atirar-se de alturas, mulheres utilizam o envenenamento como uma das formas principais na tentativa de suicídio.^{11,19} Tais características perpassam os signos da masculinidade e feminilidade e relacionam-se à produção de sentidos e da tentativa, para ambos os sexos. Além disso, a disponibilidade e a acessibilidade aos meios influenciam nessa escolha.

Os métodos utilizados para o suicídio no presente estudo demonstraram que o enforcamento foi o mais utilizado, seguido por arma de fogo ou arma branca. A prevalência elevada do enforcamento foi encontrada em outros estudos.²⁰

O conhecimento e a restrição do acesso aos métodos utilizados para o suicídio no país é um dado necessário para a implementação de intervenções preventivas para sua redução. O reconhecimento das mudanças emergentes nos meios utilizados pelos suicidas e os possíveis efeitos destes sobre as taxas de suicídio são de particular importância, pois servem como base para a formulação de estratégias de prevenção¹

Vale ressaltar que alguns países tiveram experiências positivas de diminuição da mortalidade por suicídio a partir de estratégias nacionais simples e de intervenções locais específicas. A exemplo disso, dispositivos de armazenamentos e restrição na importação de agrotóxicos foram iniciativas aplicadas no Sri Lanka, assim como uma legislação mais rigorosa para a posse de arma de fogo, na Austrália e a restrição do sensacionalismo da mídia em Hong Kong.¹

Nesse sentido, no Brasil, as equipes de saúde da família e de saúde mental podem ser capacitadas para a identificação dessas pessoas e de grupos vulneráveis ao evento, afim de orientar as famílias e pessoas que convivem com tais grupos, visando a vigilância e a prevenção do suicídio.²⁰

A análise do planejamento ou da impulsividade do sujeito nos eventos suicidas e a identificação de mudanças nas atividades cotidianas podem ser usadas como instrumento de prevenção para o ato, permitindo que profissionais de saúde e pessoas próximas percebam e ofereçam antecipadamente assistência necessária para as situações de vulnerabilidade. O suicídio é o ato final de um processo que se fortalece, diariamente, mediante pequenos pensamentos e atitudes discretas. A impulsividade como fator presente nos sujeitos com tentativas de suicídio é assinalada como sintoma de transtorno mental.²¹

A identificação de método e idade, pela análise de correspondência, de associação maior entre aquelas vítimas que utilizaram arma de fogo ou arma branca com as vítimas de até 19 anos de idade, é surpreendente pelo acesso precoce à arma. As vítimas com idade entre 20 e 39 anos, e aquelas com 60 ou mais anos de idade se associaram mais como método do enforcamento. As vítimas cujo método utilizado foi envenenamento / incendiamento ou outros se associaram mais com vítimas com idade entre 40 e 59 anos.

Há que ressalta-se que a fonte de dados utilizada nesse estudo foram as Declarações de Óbito registradas no IML e a complementação das informações confirmadas com dados dos boletins de ocorrência do Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) portanto permitindo melhoria da qualidade do diagnóstico de suicídio. Normalmente este evento é bastante subnotificado.

Além disso a DO em geral sofre incompletudes importantes e particularmente

dependendo da causa mortis. No caso aqui avaliado verificou-se que durante o processo de pesquisa, verificou-se incompletudes no preenchimento de campos importantes como escolaridade (81%), assistência médica (39%) local de ocorrência (19%), realização de necropsia (27,4%) e circunstâncias de morte (9%)

Em Pernambuco encontraram resultados similares, sendo as maiores incompletudes no preenchimento de naturalidade (26%) escolaridade (25%) assistência médica (84%) e circunstâncias da morte (13%) No presente estudo, o campo Necropsia deixado em branco em quase um terço dos exames periciais podem estar apontando a negligência no preenchimento ou até no desconhecimento dos profissionais médicos da importância da compreensão desses indicadores na elaboração de ações de prevenção mais efetivas.²²

A discordância entre os registros do SIM e os do IML é preocupante. Sessenta e sete dos 167 óbitos (40%) por suicídio registrados no SIM nesse período na microrregião de Montes Claros não foram verificados no IML. Por sua vez, 123 dos 223 suicídios (55%) verificados no IML não constavam no SIM. Essa discrepância aponta para a necessidade de integração e do alinhamento das bases de dados da saúde e da segurança públicas.

Conclusão

Os resultados desse estudo mostraram que a região estudada apresenta taxa de mortalidade por autoextermínio expressiva e pelo seu papel de polo em atrair migrantes em busca de empregos, estudos e melhor qualidade de vida, principalmente da população jovem, necessita reforçar os fatores ditos protetores e identificar e monitorar os fatores de risco, tanto individuais como coletivos. Ações direcionadas aos estudantes, no ambiente escolar, em conjunto com profissionais da educação e da saúde devem ser incentivadas e promovidas voltadas à prevenção do comportamento suicida.

A qualidade das informações e o preenchimento das declarações de óbito deve ser mais cuidadoso. É inadmissível que em um serviço Médico Legal, campos como a circunstância da morte violenta, ou características das vítimas não sejam preenchidos. É necessário que todos os profissionais compreendam sua responsabilidade como parte essencial de um sistema nacional de informações, buscando aprimorar sempre a identificação de grupos vulneráveis, mudanças de características epidemiológicas que subsidiem as políticas públicas.

Por outro lado, é preciso estar atento para que os indicadores epidemiológicos não sejam percebidos apenas como dados estatísticos. É necessário que se faça a problematização da informação por meio de discussões fundamentadas em interface com o contexto social e as demais relações que permeiam as situações de violência. Aspectos sociais, religiosos, econômicos, culturais e familiares devem ser considerados.

Os fatores associados à violência auto infringida são multifacetados, complexos

e necessitam da construção de uma ampla rede de apoio e integração Inter profissional e Inter setorial. É preciso que esse tema faça parte do cotidiano dos serviços de saúde e de assistência social para que possa ser mais adequadamente compreendido e enfrentado.

Referências

1. WHO. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO, 2014.
2. DATASUS. Tecnologia Serviço da Informação. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6940&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>. Acesso em: abr. 2019.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. Brasil. Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 jun 9; Seção 1:67.
5. Cezar Pâmela Kurtz, Arpini Dorian Mônica, Goetz Everley Rosane. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 37, n. 2, p. -432 445, June 2017 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1414-98932017000200432&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001942015>
6. DATASUS. Tecnologia Serviço da Informação. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6940&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>. Acesso em: abr. 2019.
7. DATASUS/MG. Tecnologia Serviço da Informação. Disponível em: <http://tabnet.saude.mg.gov.br/deftohtm.exe?def/obitos/causaexternar.def>. Acesso em: abr. 2019.
8. Rodrigues, HF, Morais, LS & Veloso, LC (2020). Epidemiological analysis of suicide in the Northeast Region from Brazil in the period 2014 to 2018. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-14, e659974725
9. Sousa Ramon Silva de, Silva Karolayne Karlla Freires da, Rocha Jéssika Rayanne Batista, Silva Wenya Velez Farias da, Nascimento Cleidjany Galdino do Nascimento, Chagas Ana Carolina do Nascimento, Lima Loyane Figueiredo Cavalcanti, Santos Tácia Tamires de Melo. A prevalência de suicídio em idosos da região nordeste: Um estudo ecológico. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 47582-47589 jul – 2020. Disponível em <https://doi.org/10.34117/bj>
10. D'Souza Haneil Larson1, Bhagavath Prashantha2,*, Monteiro Francis NP3, Kanchan Tanuj4, Shetty Suresh Kumar5, Jagadish Rao P. P6, Pavanchand Shetty H7. A Study of Completed Suicide Among Women in the Reproductive Age Group From Coastal Karnataka. [internet] 2018, vol 18, 1, (33-37), 2018 June 1. Available at: <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:jpafmat&volume=18&issue=1&article=007>.
11. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(1):175-87.
12. Vieira VAS, D'alessandro FCS, Silva FMR, Coelho KR, Quadros KAN. Caracterização dos indivíduos que realizaram prática/tentativa de autoextermínio em Itapeçerica-MG. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017;7:e1681. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1681>
13. Lutzman M, Sommerfeld E, Ben-David S. Solidão e integração social como mediadores entre dor física e ideação suicida em homens idosos. *Psicogeriatría internacional*. Cambridge University Press; 2020; 1–7.

14. Franck Maria Cristina, Sgaravatti Ângela Malysz, Scolmeister Daniel, Fassina Viviane, Bettoni Clarissa Cassini, Jardim Fernanda Rafaela et al . Suicide and associated factors across life span. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2020 Jan [cited 2021 Jan 16] ; 69(1): 3-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852020000100003&lng=en. Epub May 2020 ,08. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000254>.
15. Gomes de Melo Santos Erick Daniel, Oliveira Lira Rodrigues Gabriela, Melos dos Santos Lhays, da Silva Alves Mateus Egilson, Fernandes de Araújo Ludgleydson, de Oliveira Santos José Victor. Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos. *Psicol. Conoc. Soc.* [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Jan 17] ; 220-205 :(1)9. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262019000100205&lng=pt. Epub -01Jun2019-. <http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v9.n1.12>.
16. Galvão C de VT, Ribeiro DLN, Nery FS. Caracterização do suicídio segundo ocupação no estado de Sergipe. *CGCBS* [Internet]. 9º de outubro de 2019 [citado 17º de janeiro de 2021];5(3):13. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/6632>
17. Torske MO , Bjørngaard JH , Hilt B , Glasscock D , Krokstad S. Farmers' mental health: A longitudinal sibling comparison - the HUNT study, Norway *Scand J Work Environ Health*; 42(6): 547-556, 2016 06 01
18. Carrilho de Oliveira Moreira, Lenice, Haidamus de Oliveira Bastos, Paulo Roberto. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional* [Internet]. 2015; 19 (3): 445-453. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282343250004>
19. Kim, S. M., Kim, H. R., Min, K. J., Yoo, S. K., Shin, Y. C., Kim, E. J., & Jeon, S. W. (2020). Resilience as a Protective Factor for Suicidal Ideation among Korean Workers. *Psychiatry investigation*, 17(2), 147–156. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0072>
20. Santos Allan Dantas dos, Guimarães Luan Michell Lima, Carvalho Yasmin Freire de, Viana Luciano da Costa, Alves Gledson Lima, Lima Ana Caroline Rodrigues et al. Spatial analysis and temporal trends of suicide mortality in Sergipe, Brazil, 2000-2015. *Trends Psychiatry Psychother.* [Internet]. 2018 Dec [cited 2021 Jan 16] ; 40(4): 269-276. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892018000400269&lng=en. Epub Aug 2018 ,23. <https://doi.org/10.1590/0028-2017-6089>. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Volume 48(30): 2017
21. Marquetti FC, Vilarubia, G; Milek G. Percurso Suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2014 jan./abr.;25(1):18-26. acesso em 31 de maio de 2019.
22. Melo Gabriela Bardelini Tavares, Valongueiro Sandra. Incompletude dos registros de óbitos por causas externas no Sistema de Informações sobre Mortalidade em Pernambuco, Brasil, 2000-2002 e 2008-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 Dec [cited 2021 Feb 01] ; 24(4): 651-660. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400651&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400007>.

Tentativas de suicídio por intoxicações exógenas em Minas Gerais

Janaina Passos de Paula
Marta Maria Alves da Silva
Elaine Leandro Machado
Elza Machado de Melo

Resumo

Este capítulo trata de estudo epidemiológico observacional e transversal sobre as tentativas de suicídio por intoxicação exógena, notificadas e registradas no SINAN, no período de 2008 a 2012, no estado de Minas Gerais, Brasil. Foram realizadas análises bivariada e multivariada por meio de regressão logística. Foram notificadas 20.091 tentativas de suicídio, sendo a maioria do sexo feminino (71%), faixa etária de 20 a 29 anos (30%). Os medicamentos foram o agente tóxico mais utilizado (69%). Para a maioria das tentativas, houve a necessidade de hospitalização (29%) e a evolução do caso foi a cura sem sequelas (83). O modelo final de regressão logística mostrou que o risco das mulheres tentarem o suicídio por intoxicação exógena é maior do que os homens e a faixa etária jovem é fator de risco para a tentativa de suicídio por uso de substância química.

Palavras-chave: tentativa de suicídio, intoxicação exógena

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência pode ser classificada segundo suas manifestações empíricas, sendo a violência autoinfligida aquela em que o indivíduo a direciona contra si mesmo. A violência autoinfligida divide-se em comportamento suicida e autoabuso. O autoabuso refere-se às autoagressões e às automutilações. O comportamento suicida contempla o suicídio, a ideação suicida e as tentativas de suicídio^{1,2}.

O suicídio é definido por Durkheim³ como “[...] todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”. Ou seja, o suicídio é o resultado fatal de um ato deliberadamente cultivado e efetuado com pleno conhecimento e previsão de seu desfecho. O ato está ligado à tentativa de rompimento do sofrimento e do sentimento de desamparo, à dialética entre a sobrevivência, o estresse insuportável e à angústia pela falta de alternativa e, por fim, à solução pela fuga do problema⁴. Estudos mostram que dois terços dos pacientes que cometeram suicídio buscaram auxílio médico até um mês antes do ato, ou estiveram hospitalizados nesse mesmo período⁵.

As tentativas de suicídio são atos nos quais o indivíduo inicia de modo deliberado um comportamento que sabidamente lhe causará dano, mas que não resultam em óbito². Elas compreendem uma vasta gama de ações autodestrutivas que variam desde condutas simples cujo objetivo não é outro senão chamar a atenção ou explicitar um pedido de ajuda, até atitudes drásticas que ameaçam seriamente a vida^{6,7}. Devem ser encaradas como um sinal de alerta e podem revelar associação de fenômenos psicossociais complexos⁶. Pacientes que tentaram suicídio têm maior predisposição para a efetivação do suicídio que pessoas que nunca tiveram tais sinais e/ou sintomas e, segundo vários estudos, a história de tentativa prévia representa o mais importante preditor de suicídio^{5,8-10}.

O suicídio e as tentativas de suicídio são considerados problemas de saúde pública, em nível mundial, razão pela qual a OMS recomendou aos países membros que implantassem ações de prevenção, intervenção e monitoramento das populações de risco, capacitação de profissionais de saúde e desenvolvimento de estudos e pesquisas, que reforçassem as políticas locais, regionais e nacionais (OMS, 2002). No Brasil, foi publicada, em 2006, a Portaria nº 1.876 que instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio considerando, entre outros fatores, a importância epidemiológica do registro do suicídio e das tentativas de suicídio em todo o território nacional¹¹. Dar visibilidade a um problema que fica limitado às famílias, aos amigos, e aos profissionais de saúde, é fomentar a organização do sistema de saúde e diminuir o sofrimento de todos os envolvidos¹².

O suicídio está entre as dez principais causas de morte em todo o mundo, segundo estimativas da OMS, chegando a ocupar a terceira posição no ranking de mortalidade na faixa etária de 15 a 35 anos². No Brasil, registros sobre mortalidade mostram o aumento dos

casos de suicídios em adultos jovens do sexo masculino, a mortalidade por suicídio, no ano de 2006, chegou a 8.506 óbitos correspondendo a 6,7% das mortes entre os brasileiros. Os estados brasileiros com maiores taxas de suicídio são o Rio Grande do Sul (8 a 10/100.000 habitantes), Santa Catarina (7 a 8,5/100.000 habitantes), Paraná (7,1 suicídios por 100.000 habitantes), seguidos de São Paulo e Goiás¹³.

Considerando os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), do total de internações por causas externas, no Brasil, no período de 2008 a 2011, as lesões autoprovocadas voluntariamente corresponderam a apenas 3% do quantitativo de internações do capítulo XX da CID- 10^a edição. O estado de Minas Gerais acompanha o cenário nacional, uma vez que as internações por lesões autoprovocadas voluntariamente respondem somente por 2,8% da morbidade hospitalar devido às causas externas. No período de 1997 a 2005, foram registrados, no banco de dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), 137.189 casos de tentativas de suicídio por intoxicação voluntária¹⁴.

Estima-se que as tentativas de suicídio superam o quantitativo de suicídios em, pelo menos, dez vezes, porém os registros oficiais sobre elas são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio^{8,14-17}. Muitos casos não chegam ao conhecimento do setor saúde ou, quando chegam, não têm registros elaborados, como ocorre nas emergências hospitalares ou nos serviços de pronto-socorro, onde se costuma assinalar apenas a causa secundária, ou seja, a lesão ou o trauma decorrente a exigir cuidados médicos, o que torna as informações pouco confiáveis¹⁴.

Alguns indicadores vêm sendo descritos como fatores de risco do comportamento suicida, geralmente, de natureza sociodemográfica, clínica e/ou interacional/social^{10,18,19}. Entretanto, o conhecimento acerca desses fatores ainda é um desafio, havendo indícios de que haja diferença no perfil dos pacientes que tentam suicídio e aqueles que realmente concretizam o ato²⁰.

O objetivo deste artigo é descrever o perfil das vítimas de tentativas de suicídio por ingestão de substâncias bem como seus fatores associados em Minas Gerais utilizando o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) referente às notificações por meio da ficha de Intoxicação Exógena.

Breve caracterização do estado de Minas Gerais

A população alvo do estudo diz respeito à população residente no Estado de Minas Gerais (19.597.330 habitantes, segundo Censo Demográfico de 2010 – IBGE), cujos casos de intoxicação exógena deram entrada no sistema de saúde e foram notificados como casos de intoxicação exógena. Minas Gerais é um Estado com grande dimensão territorial (586.520.368 km²) e foi dividida assistencialmente em 13 Regiões Ampliadas de Saúde e nesse artigo essa informação é levada em consideração.

Método

Trata-se de estudo epidemiológico observacional e transversal das tentativas de suicídio por intoxicações exógenas notificadas no período de 2008 a 2012, no Estado de Minas Gerais. Foram utilizados os dados referentes a todos os casos de intoxicação exógena que deram entrada no sistema de saúde do Estado de Minas Gerais e foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET), sendo definidos como tentativas de suicídios aqueles que assim responderam no campo “circunstância da exposição/contaminação” da ficha de notificação.

O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. A partir da Portaria nº 777/2004²² e, posteriormente, pela Portaria nº 104/2011²³, as intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) passaram a fazer parte dos agravos de notificação compulsória inseridas no SINAN. No Estado de Minas Gerais, 43,3% das intoxicações exógenas, no período de 2008 a 2012, eram resultantes de tentativas de suicídio.

As variáveis qualitativas nominais desse estudo foram: tentativas de suicídio e outras intoxicações exógenas, definidas segundo a opção marcada no campo “circunstância da exposição/contaminação” da ficha de notificação. As covariáveis dizem respeito às variáveis explicativas e estas foram divididas em três blocos, a saber: características sociodemográficas (Sexo, Faixa Etária, Raça/cor, Escolaridade); características do local de ocorrência (local de exposição; zona de residência; Região Ampliada de Saúde); características do tipo de intoxicação (grupo de agente tóxico, critério de confirmação do caso, classificação final, evolução do caso). Todas as variáveis utilizadas no estudo tiveram perdas menores de 20%, com exceção de duas delas, a saber, exposição/contaminação no trabalho e tipo de exposição, que tiveram 20,4 e 25,3% de perdas, respectivamente.

Considerou-se cada tentativa de suicídio como um evento único e diferente, mesmo que seja repetitivo: a mesma pessoa pode tentar o suicídio mais de uma vez, ou seja, o mesmo indivíduo pode tentar o suicídio em datas diferentes, mas o tipo de tentativa pode mudar em cada evento notificado (muda o tipo de substância utilizada, muda o local de exposição, entre outros). Foram feitas análise estatística descritiva por meio de distribuição de frequência e medidas de tendência central e análise estatística bivariada, utilizando o teste Qui-Quadrado. Foi realizada também regressão logística: foram candidatas ao modelo de regressão logística as variáveis que possuíam um nível de significância de $p < 0,2$, para, pelo menos, 1 das categorias de resposta. Para todas as variáveis que permaneceram no modelo final foi calculada a razão de chances (*odds ratio*). O teste de Hosmer&Lemeshow ($p=0,367$) foi utilizado para validar o modelo.

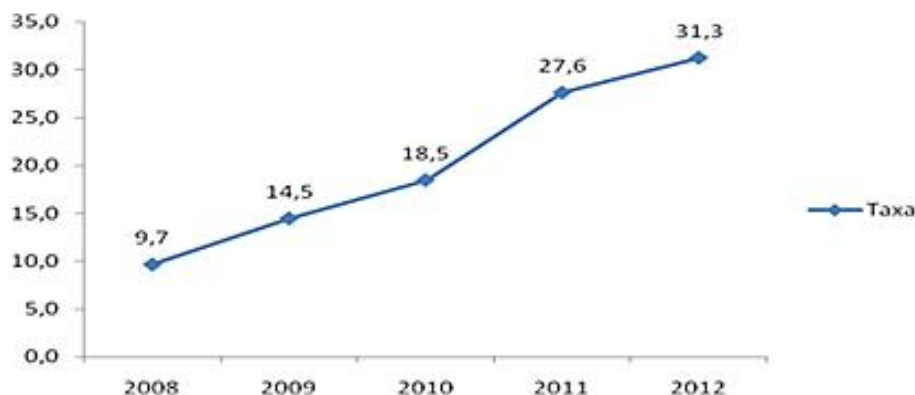
O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal

Resultados

No período de 2008 a 2012 foram registrados em Minas Gerais 42.372 notificações de Intoxicação Exógenas sendo 47,4% (n= 20.091) dessas notificações referentes aos casos de tentativas de suicídio. As outras notificações de intoxicação exógena se diluem em outras formas de circunstâncias da exposição ou contaminação.

É possível perceber o aumento das tentativas de suicídio notificadas, no período analisado, passando de 9,7 a 31,3 casos por 100 mil habitantes, no período de 2008 a 2012 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Tentativas de suicídio/100.000hab, por ano de notificação. MG, 2008-2012.



Fontes: SINAN-Net /DSAT/SES-MG e IBGE - Censos Demográficos

Ao se estratificarem as covariáveis que possibilitam caracterizar epidemiologicamente as tentativas de suicídio como sexo, faixa etária, zona de procedência e região, verificou-se diferença estatisticamente significativa para todas elas (Tabela 1). A variável evolução do caso informa a gravidade dos casos; verificou-se que 83% dos casos notificados evoluíram para cura sem seqüela, mas, aproximadamente, 2% dos casos foram a óbito por intoxicação exógena, o que caracteriza o suicídio, ou seja, nesses casos o indivíduo alcançou o desfecho esperado que é a morte (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra o modelo de regressão logística. O sexo masculino apresentou chance de aproximadamente 40% menor de ter uma intoxicação exógena por tentativa de suicídio, em relação às demais intoxicações exógenas, em comparação com as mulheres. Em relação à faixa etária, os indivíduos entre as idades de 15 a 39 anos apresentaram a maior chance de tentativa de suicídio, em relação à faixa etária 60 anos e

Tabela 1 –Intoxicações exógenas segundo variáveis sociodemográficas. Minas Gerais, 2008-2012

| Características sociodemográficas | Intoxicações Exógenas | | | Valor de p* |
|--|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------|
| | Total (n=42.372) | Tentativa de suicídio (n=20.091) | Outras Intoxicações (n=22.281) | |
| | % | % | % | |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 42.2 | 29.1 | 53.9 | 0.000 |
| Feminino | 57.8 | 70.9 | 46.1 | |
| Faixa etária | | | | |
| < de 1 ano | 2.0 | 1.0 | 3.0 | 0.000 |
| 1 a 9 anos | 13.1 | 0.4 | 24.5 | |
| 10 a 14 anos | 4.8 | 5.2 | 4.5 | |
| 15 a 19 anos | 12.7 | 16.6 | 9.2 | |
| 20 a 29 anos | 25.0 | 29.6 | 20.8 | |
| 30 a 39 anos | 19.1 | 23.1 | 15.4 | |
| 40 a 49 anos | 13.1 | 15.2 | 11.1 | |
| 50 a 59 anos | 6.6 | 6.5 | 6.6 | |
| 60 anos e mais | 3.7 | 2.4 | 4.9 | |
| Zona de residência | | | | |
| Urbana | 88,9 | 89,0 | 88,8 | 0.062 |
| Rural | 7,9 | 7,6 | 8,1 | |
| Periurbana | 0,4 | 0,4 | 0,3 | |
| Região Ampliada de saúde residência | | | | |
| Centro | 26,0 | 23,1 | 28,6 | 0.000 |
| Centro Sul | 4,9 | 5,6 | 4,2 | |
| Jequitinhonha | 2,0 | 1,1 | 2,8 | |
| Leste | 8,4 | 8,4 | 8,3 | |
| Leste do Sul | 5,5 | 6,2 | 4,9 | |
| Nordeste | 1,4 | 1,7 | 1,2 | |
| Noroeste | 6,3 | 7,4 | 5,3 | |
| Norte | 2,6 | 1,7 | 3,3 | |
| Oeste | 7,4 | 10,7 | 4,5 | |
| Sudeste | 2,7 | 3,8 | 1,7 | |
| Sul | 16,0 | 17,8 | 14,3 | |
| Triângulo do Norte | 9,1 | 8,3 | 9,9 | |
| Triângulo do Sul | 7,6 | 4,3 | 10,5 | |

Fonte: SINAN-Net /DSAT/SES-MG

Tabela 2 – Distribuição dos casos e valor-p do tipo de intoxicação exógena segundo tipo de intoxicação Minas Gerais, 2008-2012

| Características do tipo de intoxicação | Intoxicações Exógenas | | | Valor de p* |
|---|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| | Total (n=42.372) | Tentativa de suicídio (n=20091) | Outras Intoxicações (n=22281) | |
| | % | % | % | |
| Grupo agente tóxico | | | | |
| Medicamentos | 47.1 | 69.3 | 27.0 | 0.000 |
| Agrotóxico | 5.6 | 4.3 | 6.8 | |
| Raticida | 7.5 | 13.4 | 2.2 | |
| Produto veterinário | 1.3 | 1.6 | 1.1 | |
| Produto de uso domiciliar | 5.2 | 2.0 | 8.0 | |
| Cosmético/higiene pessoal | 1.2 | 0.3 | 2.0 | |
| Produto químico de uso industrial | 3.5 | 1.2 | 5.6 | |
| Metal | 0.3 | 0.1 | 0.4 | |
| Drogas de abuso | 6.3 | 0.7 | 11.4 | |
| Planta tóxica | 1.0 | 0.1 | 1.7 | |
| Alimento e bebida | 13.2 | 0.3 | 24.9 | |
| Outro | 3.6 | 1.5 | 5.4 | |
| Critério de confirmação do caso | | | | |
| Laboratorial | 2.0 | 2.1 | 2.0 | 0.000 |
| Clínico-epidemiológico | 17.1 | 17.9 | 16.3 | |
| Clínico | 72.0 | 71.6 | 72.4 | |
| Classificação final | | | | |
| Intoxicação confirmada | 66.3 | 70.3 | 62.7 | 0.000 |
| Só exposição | 21.4 | 20.1 | 22.6 | |
| Reação adversa | 2.7 | 1.7 | 3.6 | |
| Outro Diagnóstico | 1.4 | 0.5 | 2.1 | |
| Síndrome de abstinência | 0.4 | 0.0 | 0.7 | |
| Evolução do caso | | | | |
| Cura sem sequela | 84.4 | 83.3 | 85.4 | 0.000 |
| Cura com sequela | 1.7 | 1.4 | 1.9 | |
| Óbito por intoxicação exógena | 1.0 | 1.7 | 0.4 | |
| Óbito por outra causa | 0.1 | 0.2 | 0.1 | |
| Perda de seguimento | 1.3 | 1.2 | 1.3 | |

Fonte: SINAN-Net /DSAT/SES-MG

mais. A substância química que apresentou maior risco de ser utilizada para a tentativa de suicídio, comparando-se aos demais agentes tóxicos, foi a raticida. O sistema digestivo foi a via de contaminação com maior chance de utilização pelo indivíduo que tentou o suicídio. Os indivíduos que tentaram suicídio possuem maior risco estatístico de serem hospitalizados dos que os indivíduos com outras intoxicações. A chance da pessoa que foi notificada ter como diagnóstico a intoxicação confirmada é maior para os casos de tentativa de suicídio. As Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais que possuem maiores fatores de risco de tentativa de suicídio para sua população residente são as regiões Oeste e Leste.

Discussão

Tanto a análise bivariada como a multivariada mostrou predomínio do sexo feminino, o que está de acordo com a literatura, que mostra taxas de tentativa de suicídio maiores entre as mulheres^{7,8,10,13,14,24} e de suicídio maiores entre os homens^{13,24} embora haja resultados diferentes, por exemplo, um estudo sobre tentativas em hospital da Índia, em que a maioria era de homens²⁵.

Diferentemente do suicídio, mais frequente entre a população acima de 40 anos^{13,26}, a maior proporção de tentativas de suicídio encontra-se entre os jovens, seguidos por adultos jovens, isto é, faixas etárias de entre 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, respectivamente, o que vai ao encontro da literatura, segundo a qual, as tentativas são mais comuns entre os jovens^{13,15,27} e adultos jovens - 20 a 40 anos^{7,10,25}.

Merece destaque a proporção de tentativas de suicídios entre adolescentes, não só pela magnitude encontrada - a faixa etária de 15 a 19 anos ocupa a terceira posição e tem a segunda maior chance de tentar suicídio (OR 4,593) – mas também pela inegável carga emocional de uma situação que combina vitalidade, expectativa, desenvolvimento, características desse período de vida, com a experiência de destruição e morte. Sendo a tentativa um bom preditor do suicídio, ela representa fonte de preocupação nos Estados Unidos, onde a taxa de suicídio nesta faixa etária dobrou no período 1980-1998, continua crescendo, nos dias atuais, apesar dos esforços empreendidos e onde o suicídio constitui a terceira causa de morte entre adolescentes^{10,17}. Na Europa, ele é a segunda causa¹⁷. No Brasil, essa tendência de crescimento não se verifica, as taxas de suicídio entre adolescentes nos últimos 10 anos têm se mantido na faixa de 2,0 a 2,2 por 100.000 habitantes, segundo o Data SUS, 2002 - 2011.

Excetuando as crianças (0 a 9 anos), a menor proporção de tentativas de suicídio ocorreu entre idosos, no entanto, é preciso ter cautela com essa informação, em razão das características distintivas do comportamento suicida desse grupo, especificamente, a utilização de métodos mais letais – enforcamento, arma de fogo ou salto de lugares altos;

Tabela 3 – Modelo final de Regressão Logística. Minas Gerais, 2008-2012

| Covariáveis | Categoria de Referência | OR | I.C. 95% Risco | |
|---------------------------------|-------------------------|-------|----------------|--------|
| | | | L.I. | L.S. |
| Sexo | | | | |
| Masculino | Feminino | 0.598 | 0.551 | 0.648 |
| Faixa Etária OMS | | | | |
| < 1 ano | 60 e mais | 0.449 | 0.341 | 0.590 |
| 1 a 9 anos | 60 e mais | 0.013 | 0.009 | 0.018 |
| 10 a 14 anos | 60 e mais | 2.400 | 1.936 | 2.976 |
| 15 a 19 anos | 60 e mais | 4.593 | 3.795 | 5.559 |
| 20 a 29 anos | 60 e mais | 4.793 | 4.006 | 5.734 |
| 30 a 39 anos | 60 e mais | 4.514 | 3.759 | 5.421 |
| 40 a 49 anos | 60 e mais | 3.762 | 3.112 | 4.548 |
| 50 a 59 anos | 60 e mais | 2.653 | 2.152 | 3.271 |
| Grupo Agente Tóxico | | | | |
| Medicamentos | Outro | 1.996 | 1.619 | 2.460 |
| Agrotóxicos | Outro | 2.823 | 2.170 | 3.673 |
| Raticida | Outro | 9.072 | 6.940 | 11.858 |
| Produto veterinário | Outro | 3.058 | 2.113 | 4.425 |
| Produto de uso domiciliar | Outro | 0.942 | 0.719 | 1.235 |
| Cosmético/higiene pessoal | Outro | 0.810 | 0.503 | 1.304 |
| Prod químico uso industrial | Outro | 0.860 | 0.631 | 1.172 |
| Metal | Outro | 3.427 | 1.253 | 9.371 |
| Drogas de abuso | Outro | 0.046 | 0.035 | 0.062 |
| Planta tóxica | Outro | 0.221 | 0.124 | 0.393 |
| Alimento e bebida | Outro | 0.009 | 0.006 | 0.012 |
| Via de Contaminação | | | | |
| Digestiva | Outra | 2.220 | 1.324 | 3.722 |
| Cutânea | Outra | 0.076 | 0.039 | 0.148 |
| Respiratória | Outra | 0.036 | 0.020 | 0.068 |
| Ocular | Outra | 0.043 | 0.018 | 0.102 |
| Parenteral | Outra | 0.480 | 0.222 | 1.038 |
| Vaginal | Outra | 0.000 | 0.000 | . |
| Transplacentária | Outra | 0.259 | 0.036 | 1.895 |
| Exposição pelo Trabalho | Não | 0.118 | 0.094 | 0.147 |
| Houve Hospitalização | Não | 2.137 | 1.943 | 2.350 |
| Classificação Final | | | | |
| Intoxicação confirmada | S de abstinência | 4.969 | 1.486 | 16.614 |
| Só exposição | S de abstinência | 4.188 | 1.249 | 14.036 |
| Reação adversa | S de abstinência | 1.046 | 0.308 | 3.545 |
| Outro Diagnóstico | S de abstinência | 2.266 | 0.639 | 8.032 |
| Região Ampliada de Saúde | | | | |
| Centro | Triângulo Sul | 0.897 | 0.746 | 1.078 |
| Centro Sul | Triângulo Sul | 1.003 | 0.796 | 1.263 |
| Jequitinhonha | Triângulo Sul | 0.372 | 0.268 | 0.518 |
| Leste | Triângulo Sul | 1.486 | 1.182 | 1.867 |
| Leste do Sul | Triângulo Sul | 0.809 | 0.651 | 1.005 |
| Nordeste | Triângulo Sul | 0.766 | 0.558 | 1.051 |
| Noroeste | Triângulo Sul | 1.162 | 0.944 | 1.432 |
| Norte | Triângulo Sul | 0.444 | 0.334 | 0.589 |
| Oeste | Triângulo Sul | 1.829 | 1.469 | 2.277 |
| Outra UF | Triângulo Sul | 0.255 | 0.102 | 0.637 |
| Sudeste | Triângulo Sul | 1.174 | 0.899 | 1.534 |
| Sul | Triângulo Sul | 1.124 | 0.933 | 1.355 |
| Triângulo Norte | Triângulo Sul | 0.886 | 0.722 | 1.088 |

A significância do teste de Hosmerand Lemeshow foi de 0.367 (bom ajuste)

a decisão planejada – fala-se para esse grupo em “suicídio racional” - e, por fim, bem ao estilo planejado, a adoção de estratégias menos perceptíveis, como a interrupção da alimentação, do uso medicamentos ou de outros cuidados vitais¹⁸.

O agente tóxico mais utilizado na tentativa de suicídio foi o medicamento. Vários estudos sobre o perfil das tentativas de suicídio mostram que, quando elas são por auto abuso de substância, a substância química mais utilizada é a medicamentosa^{7,14,15,17,27} indicando a necessidade de desenvolvimento de ações de educação sanitária para a conscientização do uso racional de medicamentos, bem como a implementação de programas de assistência capazes de identificar e intervir nas situações de risco para o ato suicida¹⁴. Em outros estudos, pesticidas e inseticidas foram os mais utilizados^{7,25}. O meio utilizado está relacionado ao local de exposição do evento que por sua vez, possui influência, respectivamente, sobre a disponibilidade e a acessibilidade aos meios^{14,24,27}. Outro elemento que conta na escolha do meio é o conhecimento que se tem dele e dos seus efeitos nocivos²⁵. De um modo geral, tal escolha tende para métodos mais suaves e/ou lentos, com destaque para o envenenamento^{7,25}. Entre homens⁷, porém, assim como entre idosos¹⁸, há uma tendência para a utilização de métodos mais violentos.

Muitos outros fatores estão associados às tentativas de suicídios, principalmente, transtornos psiquiátricos que estão presentes na grande maioria dos casos ou na sua história familiar. São comuns também os aspectos vinculados aos traços de personalidade e, além desses que são ligados à natureza biológica ou à constituição interna dos indivíduos, há também os fatores externos, uma variedade deles, abrangendo as relações familiares, sociais e econômicas. As tentativas anteriores de suicídios também são frequentemente associadas^{7,8,10,25,28}. Dentre esses, os mais frequentemente estudados são: história de tentativas anteriores; transtornos mentais (depressão, esquizofrenia e transtorno bipolar); isolamento social; dependência de álcool, de drogas ilícitas, consumo ou dependência de medicamentos psicoativos; história de suicídios e tentativas de suicídio na família; doenças físicas crônicas¹². Lamentavelmente, muitas dessas variáveis fazem parte da ficha de notificação, mas, por deficiências de preenchimento, não estão devidamente disponíveis.

O critério de confirmação do caso foi o clínico em 72% dos casos notificados. Uma proporção de 70% das notificações foi identificada como intoxicação confirmada. Esse dado diz sobre a atuação dos profissionais de saúde, uma vez que a identificação da tentativa de suicídio é realizada com base na descrição clínica do caso, seguida de encaminhamento, após o diagnóstico, a serviços de referência para tratamento. Estudos demonstram que cerca de 30 a 40% dos que tentam o suicídio e não recebem atendimento, repetem a tentativa no período de um ano^{14,27}. Considerando que a tentativa de suicídio é o fator de risco mais previsível para o suicídio, faz-se necessário que o atendimento inicial de uma tentativa de suicídio nos serviços de emergência dos hospitais gerais gere uma intervenção terapêutica capaz de estabelecer um vínculo solidário com o paciente de forma a quebrar

o ciclo^{7,28}. Os pacientes que atentaram contra a própria vida estão num processo de crise e necessitam de uma atenção imediata para que possam interromper este processo¹².

A maior concentração em duas regiões pode ser explicada por serem elas as mais populosas do Estado de Minas Gerais (Centro com 6.191.641 habitantes e Sul com 2.641.132 habitantes) e por terem maior quantitativo de serviços de saúde, podendo, dessa forma, captar mais casos na sua população residente. Há hospitalizações desencadeadas por tentativa de suicídio, como relatado na literatura sobre a necessidade de intervenções em nível hospitalar nos serviços de emergências clínicas ou cirúrgicas^{7,12,28,29}.

Por serem, o suicídio e a tentativa de suicídio, fenômenos complexos e marcados por interferências de ordem cultural, religiosa e moral há dificuldades de acessar informações nos serviços que lidam com o registro desses agravos¹⁵. Outra dificuldade diz respeito aos serviços e profissionais de saúde que ainda não estão estruturados e capacitados para conduzir cada caso, visando uma assistência resolutiva e de qualidade^{15,30}. Levando-se em conta todos esses aspectos, é possível aventar que os dados apresentados, mesmo em se tratando de agravos de notificação compulsória, contenham ainda uma subnotificação. Esse problema é reconhecido pela gestão em saúde pública do Brasil, nos mais diferentes espaços de utilização dos Sistemas de Informação em Saúde e constitui uma das limitações deste estudo. A necessidade de melhorar as informações tem mão dupla, seja para subsidiar a formulação de políticas públicas de prevenção, seja no sentido de entender e lidar com suas novas e complexas faces, dentre as quais, aquelas que, em vez de tratá-lo como problema, fazem dele uma solução de liberdade e dignidade, como é o caso do suicídio assistido, se olhado na perspectiva da bioética, ou “death tourism” já com um forte componente de investimento econômico lucrativo³¹.

Conclusão

As tentativas são mais frequentes em mulheres jovens, que utilizam a ingestão de medicamentos como meio, podendo haver necessidade de hospitalização e evoluindo para cura sem sequelas. Esse perfil juntamente com a informação de que as tentativas de suicídio são fatores de risco para o suicídio, nos remete à necessidade de que os serviços de saúde estejam atentos para identificar o problema e utilizar estratégias preventivas, a partir da busca e detecção das circunstâncias ou motivações que deflagram o ato, relacionadas especialmente, às relações familiares - proximidade, confiança ou conflitos entre os membros da família – às demais relações afetivas e à vida socioeconômica dos envolvidos.

O Brasil, desde 2006, deu o primeiro passo no enfrentamento ao suicídio e à tentativa de suicídio com a publicação da Portaria nº. 1.876 que instituiu a Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, com o objetivo de fornecer informações sobre esse problema de saúde pública e orientar os profissionais da saúde quanto à identificação

dos casos e dos fatores de risco associados ao ato, principalmente, porque as recidivas são comuns, aumentando as chances do desfecho fatal. Um dos elementos chave é o empreendimento de esforços e iniciativas para melhorar a qualidade das informações, pois elas ainda são de qualidade questionável.

Referencias

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002.
2. BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.
3. DURKHEIM, Emile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
4. Kaplan HI, Sadock B, Grebb J. **Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2002.
5. VIANA, G. N. et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde (BR). **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p.
7. KUMAR, P. N.; RAJMOHAN, V.; SUSHIL, K. An exploratory analysis of personality factors contributed to suicide attempts. **Indian Journal of Psychological Medicine**, v. 35, n. 4, p. 378-386, 2013.
8. VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L.A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Caderno de Saúde Pública** [online]., v. 29, n. 1, p. 175-187. 2013.
9. NORDENTOFT, M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. **Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups**. **Danish Medical Bulletin**, v.54, n. 4, p. 306-269, 2007.
10. CHENG, J.; KHARAZMI, S.; SINGH, S.B. Pediatric Suicide Attempts: An Overview of ED Evaluation and Management. **Pediatric Emergency Medicine Reports**, v. 17, n. 6, p 65-74, 2012.
11. BRASIL. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2006.
12. QUENTAL, I. A. Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção, um desafio para o SUS. **PrevSuicídio UFRGS Acervo (Porto Alegre)**, 2008.
13. SOUZA, V. S. et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.
14. BERNADES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Caderno de saúde Pública (Rio de Janeiro)**, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, 2010.
15. MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Suicídio: violência auto-infligida. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 205-39, 2005.
16. ABASSE, M. L. F. et al. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 407-416, 2009.
17. ZAKHAROV, S.; NAVRATIL, T.; PELCLOVA, D. Suicide attempts by deliberate self-poisoning in children and adolescents. **Psychiatry research**, v. 210, n. 1, p. 302-307, 2013.
18. PÉREZ BARRERO, S. A. Suicide risk factors among the elderly. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p.

2011-2016, 2012.

19. BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, p. S87-S95, 2010.
20. COSTA, J. C. M. G. **Tentativa de suicídio: Revisão bibliográfica**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade da Beira Interior, Covilhã.
21. GERAIS, Minas. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219, de 21 de agosto de 2012. **Institui as regiões de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o estado de Minas Gerais, e dá outras providências**. Belo Horizonte, 2012.
22. BRASIL. Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde-SUS. 2004.
23. BRASIL. Portaria Nº 104, de 25 de Janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. 2011
24. SCHMITT, R. et al. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 115-123, 2008.
25. RAO, K. N.; KULKARNI, R. R.; BEGUM, S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters. **Indian Journal of Psychological Medicine**, v. 35, n. 1, p. 75, 2013.
26. MELLO-SANTOS, C.; BERTOLETE, J. M.; WANG, Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.
27. SANTOS, S. A. et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2064-2074, 2009.
28. MUMOLI, L. et al. A possible case of natalizumab-dependent suicide attempt: a brief review about drugs and suicide. **Journal of Pharmacology & Pharmacotherapeutics**, v. 4, n. Suppl1, p. S90, 2013.
29. MACHADO, A. C. **A Organização das Políticas e Gestão da Rede de Assistência na Atenção Primária à situação de risco para o suicídio**. Formiga, Universidade Federal de Minas Gerais. Formiga –MG, 2011.
30. MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública: a sociological concern and a public health problem. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 421-428, 1998.
31. BIRAN, Avital et al. When death is the destination: the business of death tourism—despite legal and social implications. **International Journal of Culture, Tourism and Hospitality Research**, 2013, v. 7, n. 3, p. 293-306, 2013.

Perfil dos atendimentos de vítimas de acidentes de trânsito com motocicleta em hospital de referência para o trauma em belo horizonte: ênfase na gravidade e nos escores de trauma

Marcos Moreira Chalub Lima
Mario Pastore Neto
Carla Jorge Machado
Jullien Dábini Lacerda de Almeida

David Israel de Carvalho Nascimento
Gabriela Zamunaro Lopes Ruiz
Maura Aparecida Meira Maia

Resumo

O acidente de trânsito que envolve motocicleta é um problema frequente, crescente e importante no Brasil. Os envolvidos em acidentes com motocicleta são sujeitos a traumas de vários tipos e mecanismos. Este estudo apresenta informações referentes a acidentes de trânsito vinculados à motocicleta, de pacientes admitidos no Pronto Atendimento do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), hospital de referência para o trauma em Belo Horizonte, Minas Gerais, nos anos de 2012 e 2013. A ênfase é dada aos pacientes assistidos pela Equipe de Cirurgia Geral e do Trauma do HRTN. Os escores de trauma mais utilizados são apresentados e discutidos. Os principais achados são condizentes com a literatura: a maior parte das vítimas foi do sexo masculino, o mecanismo de trauma mais comum foi a colisão, seguido da queda por moto. Os escores de gravidade apontam elevada sobrevivência, mas houve lesões e complicações importantes nos pacientes atendidos. Há potencial para prevenção desses acidentes, que poderiam ser minimizados.

Palavras-chaves: *motocicleta; lesões acidentais; escores de trauma; cirurgia geral e do trauma.*

Apresentação

O rápido crescimento da frota de motos no Brasil tem sido motivo de preocupação. Este aumento ultrapassou em até quatro vezes o crescimento da frota de automóveis, caminhões e ônibus ¹. Revisão recente indicou que estudos que abordam acidentes de trânsito encontram na motocicleta o meio de transporte mais envolvido nestes acidentes ². De fato, as motocicletas estão sendo cada vez mais utilizadas, em todas as regiões do Brasil e em todos os municípios, de médio ou pequeno porte. É um meio de transporte rápido, de baixo custo de aquisição e de manutenção, com facilidade de deslocamento nos congestionamentos, quando comparado aos veículos de maior porte e tem sido utilizado também como instrumento de trabalho ².

Os tipos de acidentes de trânsito mais frequentes envolvem um automóvel e uma motocicleta, tendo em vista serem os dois tipos de veículos mais comuns nas ruas das cidades ². Nesse tipo de colisão, o motociclista, por estar menos protegido e mais exposto diretamente ao impacto, corre maior risco de morte e lesões, estando, portanto, sujeito a traumas de vários tipos e de maior gravidade². Quanto aos pedestres, estes sofrem riscos de atropelamento. Os acidentes por moto estão também associados a uma maior taxa de atropelamento e de atropelamento seguido de morte ³.

O caráter da mortalidade por trauma costuma ser incapacitante e de maior ocorrência entre pessoas jovens, sendo assim um problema de saúde pública a ser enfrentado e prevenido ⁴. Sabe-se que a cada nove pacientes internados, um é acometido por trauma e por acidente de trânsito, especialmente por moto ⁴. Assim, fica clara a necessidade do estudo desses dois eventos de forma conjunta.

Minas Gerais é o único estado da região Sudeste com maior número de motocicletas do de que pessoas habilitadas para conduzir esses veículos, havendo cerca de 140.00 motocicletas a mais do que condutores na categoria de habilitação “A” ⁵.

Tendo em vista a importância destas constatações este trabalho objetiva apresentar e descrever os acidentes de trânsito vinculados à motocicleta, de pacientes admitidos no Pronto Atendimento do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), hospital de referência para o trauma em Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 13 meses compreendidos entre abril de 2012 a abril de 2013. A ênfase é dada aos pacientes assistidos pela Equipe de Cirurgia Geral e do Trauma desse serviço.

Foi realizado um estudo do tipo transversal, descritivo, observacional, com coleta de dados de variáveis epidemiológicas, a partir dos programas de informática MV 2000 e Collector® (Coleta de dados em Cirurgia do Trauma do HRTN) e MV 2000.

Inicialmente, buscou-se no sistema MV 2000 dados dos pacientes admitidos no

Pronto Atendimento (PA) do HRTN entre 19/04/12 a 18/04/13 tendo como busca inicial no banco de dados a expressão booleana [acidentes de moto]. A escolha da data decorre do fato dela representar o marco inicial da implantação, no sistema MV 2000 do Hospital, do campo 'motivo de atendimento', cujo preenchimento é obrigatório. O HRTN dispõe do sistema MV 2000 para obter e armazenar seus dados (motivo de atendimento; idade; tempo de internação; sexo, dentre outros).

O Departamento de Cirurgia Geral e do Trauma do HRTN adquiriu uma licença para fins de utilização do sistema Collector®, um sistema de banco de dados de origem canadense. Esse software permite que se determine a gravidade dos casos atendidos e admitidos pela cirurgia geral e do trauma com base nos índices de trauma ⁶.

Os dados foram transferidos para o programa Excel 2010 e, posteriormente, para o programa Stata for MAC, versão 12, onde foram realizadas as análises estatísticas, por meio de medidas de proporção (variáveis categóricas), medidas de tendência central para variáveis contínuas ou intervalares (média e mediana), de dispersão para variáveis contínuas ou intervalares (desvio padrão e intervalo interquartilico: percentil 25 subtraído do percentil 75); além dos valores mínimos e máximos para caracterizar as distribuições.

Conceituando e compreendendo os escores de trauma

Desde os anos de 1970, escores de trauma têm sido desenvolvidos para auxiliar na determinação da gravidade das vítimas na cena do acidente e após a admissão hospitalar ⁷. Estas escalas classificam as vítimas por critérios fisiológicos, anatômicos e por mecanismos de lesão, em uma tentativa de prever o risco de morte (índices prognósticos) e a necessidade de cuidados em centro de referência. Os índices de trauma visam quantificar o nível da gravidade de um paciente traumatizado, sendo assim fator decisivo para orientar a conduta, prever, algumas vezes, o risco de complicações e de mortalidade. Alguns servem para triagem, e outros para estratificar os pacientes para os estudos clínicos e epidemiológicos ⁷.

A presença de índices prognósticos permite definir limites de esforço terapêutico para os pacientes e ter um controle de qualidade dos serviços. Por exemplo, um serviço com mortalidade muito mais alta do que previsto pelo escore de gravidade de seus pacientes deve rever seus protocolos assistenciais ⁷.

Os índices fisiológicos refletem a condição momentânea do paciente e facilitam as decisões ⁸. Dentre dos escores fisiológicos tem-se o Escore de Trauma (*Trauma Score* - TS) que avalia frequência respiratória (FR), pressão arterial (PA), escala de coma de Glasgow (ECG), esforço respiratório e enchimento capilar ⁷. Deste escore surgiu o Escore de Trauma

Revisado (*Revised Trauma Score* - RTS) que eliminou os dois últimos parâmetros citados, que são difíceis de serem analisadas na prática ⁹. O RTS tem uma pontuação específica para cada faixa de frequência respiratória, pressão arterial sistólica e pontuação na Escala de Coma de Glasgow.

Para a determinação da probabilidade de sobrevivência com base no RTS, aplica-se um fator de correção para cada critério, que torna a avaliação neurológica o critério de maior peso ¹⁰. Assim, soma-se os fatores mencionados multiplicados por uma constante, sendo a fórmula a seguinte: $RTS = (ECG \times 0,9368) + (PAS \times 0,7328) + (FR \times 0,2908)$. O RTS varia, então de 0 a 8, com as seguintes probabilidades de sobrevivência correspondentes dispostas no Quadro 1 ¹¹:

Quadro 1 – Valores de probabilidade de sobrevivência correspondentes aos Escores de Trauma Revisados

| Escores de Trauma Revisados (RTS) | Probabilidade de Sobrevivência |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 8 | 0,988 |
| 7 | 0,969 |
| 6 | 0,919 |
| 5 | 0,807 |
| 4 | 0,605 |
| 3 | 0,361 |
| 2 | 0,172 |
| 1 | 0,071 |
| 0 | 0,027 |

Os escores apresentados variam da seguinte forma: um escore igual a 8 implica elevada probabilidade de sobrevivência (perto de 100%). Escores entre 3 e 4 implicam sobrevivência próxima de 50%. Já escores entre 0 e 1 resultam probabilidade de sobrevivência inferior a 10%.

Outro tipo de escore utilizado é o anatômico ⁷. Os escores anatômicos se baseiam no local da lesão ou no órgão acometido e podem não estar completos até a alta hospitalar, porque a extensão das lesões pode não ser determinada por até muitos dias a contar da admissão. Ou seja, trata-se de um tipo de escore que não é adequado para triagem do paciente à admissão.

A Escala Abreviada de Lesões (*Abbreviated Injury Scale – AIS*), o primeiro índice anatômico proposto, foi publicada em 1971 ¹². As revisões desta escala são feitas pela *Association for the Advancement of Automotive Medicine*. A revisão mais recente é a de 1990, e catalogou mais de 1300 lesões em seis níveis de severidade, de lesão menor até a lesão fatal, com valores medidos em cada lesão. Os escores foram originalmente baseados em 4 critérios: ameaça à vida; dano permanente; período de tratamento; dissipação de energia ¹³.

Segundo a última revisão, para cálculo da AIS, divide-se o organismo em seis regiões: cabeça e pescoço; face; tórax; abdome/conteúdo pélvico; extremidades e anel pélvico; geral ou externo⁷. As lesões são classificadas em: leve; moderada; grave, sem risco iminente de vida; grave, com risco iminente de vida; crítica, de sobrevida duvidosa e; quase sempre fatal. O ISS (*Injury Severity Score*) é calculado após a classificação dos índices mais graves de cada uma das seis regiões, escolhendo-se os três valores da AIS mais altos em segmentos corpóreos diferentes e realizando-se a soma dos quadrados desses índices. Desta maneira, o ISS pode variar de 1 a 75 pontos. Qualquer paciente com uma lesão classificada pela AIS como igual a 6 tem, por definição um ISS igual a 75, por ser um paciente, sem dúvida, muito grave. Assim, o ISS é um escore de gravidade baseado na AIS. Se uma lesão letal está presente ou o paciente tem um escore AIS de 6, ao paciente automaticamente é dado um escore ISS de 75⁷.

Um ISS de 16 já é preditivo de mortalidade em torno de 10% e define o trauma como sendo grave, em relação à lesão anatômica¹⁴.

O ISS é útil para comparação de resultados em diferentes estudos e instituições. Contudo, o ISS também tem limitações por não considerar múltiplas lesões dentro de uma mesma área anatômica (o que é comum no trauma penetrante); e lesões diferentes serem classificadas com o mesmo escore, apesar de não estarem associadas à mesma taxa de mortalidade. Além disto, o ISS não pode ser calculado até todas as lesões terem sido definidas, não podendo ser usado, portanto, para triagem no local do acidente ou em decisões precoces⁷.

A metodologia do *TRISS* (*Trauma and Injury Severity Score*) foi elaborada para levar em consideração as vantagens dos escores e escalas desenvolvidas com base nos sistemas anatômicos e fisiológicos. O *TRISS* permite calcular a probabilidade de sobrevida, levando em conta o *RTS*, o *ISS*, a idade do paciente, e o mecanismo de lesão. A probabilidade de sobrevida (P_s) é calculada com um modelo logístico: $P_s = 1/(1 + e^{-J})$ onde: $J = J_1 + J_2 \times (RTS) + J_3 \times (ISS) + J_4 \times (Idade)$. Quanto à idade, o *TRISS* considera se a idade do paciente é menor ou igual a 54 anos (J_4 assume o valor zero) ou se acima de 54 anos (J_4 assume o valor 1). As probabilidades são calculadas no trauma penetrante ou contuso de forma separadas, de acordo com coeficientes propostos e estimados¹⁵ (Quadro 2)

Quadro 2 – Coeficientes para o cálculo do TRISS (*Trauma and Injury Severity Score*)

| Tipo de trauma | Coeficientes | | | |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | J ₁ | J ₂ | J ₃ | J ₄ |
| Contuso | - 1,2470 | 0,9544 | - 0,0768 | - 1,9052 |
| Penetrante | - 0,6029 | 1,430 | -0,1516 | -2,6676 |

O *TRISS* permite a comparação da mortalidade entre instituições, controlando a severidade das lesões e também a qualidade dos programas instituídos. Contudo, estudos

vêm mostrando que é possível obter maior acurácia na probabilidade de predição da mortalidade do paciente, especialmente pela inclusão de variáveis como o sexo do paciente e modificando o critério de idade, que, pelos avanços da medicina, admitiram um ponto de corte superior a 55 anos ¹⁶.

Perfil das Vítimas

Os principais achados referentes aos pacientes atendidos no Pronto Atendimento (PA) do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e dos pacientes atendidos pela Cirurgia Geral encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Pacientes admitidos no Pronto Atendimento (PA) do Hospital Risoleta Tolentino Neves por acidentes com motocicletas entre Abril/2012 a Abril/2013 e na Cirurgia Geral e Cirurgia do Trauma

| Variáveis | PA (HRTN) N=2907 (100,0%) | Cirurgia Geral (HRTN) N=61 |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Sexo masculino (n;%) | 2382 (81,9) | 55 (90,2) |
| Idade (em categorias) | | |
| Até 17 anos | 182 (6,3) | 5 (8,2) |
| 18 a 30 | 1790 (61,6) | 29 (47,5) |
| 31 a 40 | 621 (21,4) | 12 (19,7) |
| 41 a 50 | 224 (7,7) | 5 (8,2) |
| Acima de 50 anos | 90 (3,1) | 10 (16,4) |
| Tempo de internação | | |
| Até 24 horas | 1786 (61,4) | 2 (3,3) |
| 1 a 5 dias | 920 (31,6) | 24 (39,3) |
| Acima de 5 dias | 64 (2,2) | 35 (57,4) |
| Não apurado | 137 (2,2) | 0 (0,0) |

Os maiores percentuais de pacientes do sexo masculino, de idade até 17 anos, acima de 40 anos, e com tempo de internação superior a 24 horas ocorreram entre os pacientes atendidos pela equipe de Cirurgia Geral e do Trauma. Ressalte-se, especialmente, que, enquanto a proporção de pacientes com mais de 50 anos atendidos via PA foi de 3,1% do total de atendidos no PA, esta proporção foi igual a 16,4% para aqueles atendidos na Cirurgia Geral e do Trauma. Pessoas que permaneceram internadas por mais de 5 dias representaram 57,4% dos atendidos por aquela equipe, e 2,2% daqueles atendidos pelo PA (Tabela 1).

Assim, o banco de dados do software Collector[®] totalizou 61 prontuários, sendo dois de pacientes que retornaram ao PA com complicações diretas do trauma inicial, decorrente de acidente com motocicletas. Somados a esses casos houve 12 óbitos de pacientes admitidos, tendo como motivo de entrada [acidente de moto], mas que não integraram os 61 casos analisados.

Desta forma, ficou assim distribuído o número de pacientes atendidos nos meses

do estudo (Tabela 2):

Tabela 2 – Pacientes vítimas de acidentes de motocicletas atendidos pela Equipe de Cirurgia Geral e do Trauma no HRTN ,entre abril de 2012 e abril de 2013.

| Meses | Total (n=61) |
|----------------|--------------|
| Abril 2012 | 9 |
| Mai 2012 | 0 |
| Junho 2012 | 6 |
| Julho 2012 | 7 |
| Agosto 2012 | 7 |
| Setembro 2012 | 2 |
| Outubro 2012 | 3 |
| Novembro 2012 | 1 |
| Dezembro 2012 | 2 |
| Janeiro 2013 | 8 |
| Fevereiro 2013 | 6 |
| Março 2013 | 4 |
| Abril 2013 | 5 |

O número médio mensal de atendimentos (de pacientes que sobreviveram) pela equipe de Cirurgia Geral e do Trauma foi 4,6 (desvio padrão igual a 2,8), sendo a mediana igual a 5 (intervalo interquartilico também igual a 5). Em abril de 2012 ocorreu o maior número de casos (n=9) e o segundo maior em Janeiro de 2013 (n=8). Em maio de 2012 não houve casos atendidos pela Equipe de Cirurgia Geral e do Trauma.

A Tabela 3 apresenta outras informações dos 61 pacientes. Mais de 90% eram homens, a idade média e a mediana foram 30,7 e 27 anos, respectivamente. As idades variaram de 6 anos a 59 anos. O mecanismo de trauma mais comum foi a colisão (n=20; 32,8%; detalhes na Tabela 3), seguido por queda de moto (n=14; 23,0%). Houve necessidade de hemotransfusão para 13 pacientes. O tempo médio e mediano de internação foi 13,9 e 7 dias respectivamente.

Quanto aos escores de gravidade de trauma (Tabela 4), observa-se que as médias e medianas de RTS, ISS e TRISS encontram-se em faixas consideradas de alta sobrevivência dos pacientes. No caso do ISS, a média e a mediana foram inferiores ao valor 16, ou seja, a mortalidade associada dos pacientes, em média, é em menos de 10%. Contudo, 23 pacientes (informação ausente da Tabela 4) tiveram escores superiores a 16 (39,7% de 58 pacientes para os quais havia informação de ISS) e um paciente chegou a ter escore de 41.

Entre os casos atendidos pela Equipe de Cirurgia Geral e do Trauma, ressalte-se ainda:

Para 13 casos (21,3%) houve a necessidade de hemotransfusão, conforme já mencionado. A presença de sangramento importante representa maior chance de instabilidade hemodinâmica, o que significa pressão anormal ou instável de forma persistente.

Tabela 3 - Pacientes atendidos pela Equipe de Cirurgia Geral e do Trauma (Hospital Risoleta Tolentino Neves) por acidentes com motocicletas entre Abril/2012 a Abril/2013.

| Variáveis | Total (n=61) |
|--|--------------|
| Sexo masculino (n;%) | 55 (90,2) |
| Idade | |
| Média (DP) | 30,7 (12,9) |
| Mediana (IIQ) | 27 (14) |
| Mínimo, Máximo | 6; 59 |
| Mecanismo de trauma (n;%) | |
| Atropelamento por moto | 13 (21,3) |
| Queda da moto | 14 (23,0) |
| Queda da moto seguida de atropelamento | 1 (1,6) |
| Colisão da moto com automóvel | 8 (13,1) |
| Colisão da moto com objeto fixo | 6 (9,8) |
| Outras colisões | 4 (6,6) |
| Outros acidentes de moto não especificados | 13 (21,3) |
| Hemotransfusão (n;%) | 13 (22,4) |
| Tempo de internação | |
| Média (DP) | 13,9 (23,4) |
| Mediana (IIQ) | 7 (11) |
| Mínimo, Máximo | <1; 162 |

Tabela 4 –Escore de gravidade do trauma de pacientes vítimas de acidentes de motocicletas atendidos pela Equipe de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital Risoleta Tolentino Neves entre Abril/2012 a Abril/2013.

| | |
|---------------------|---------------|
| RTS (n=61) | |
| Média (DP) | 7,75 (0,63) |
| Mediana (IIQ) | 7,85 (0,15) |
| Mínimo, Máximo | 5,03; 8 |
| ISS (n=58) | |
| Média (DP) | 13,4 (7,7) |
| Mediana (IIQ) | 12 (9) |
| Mínimo, Máximo | 4; 41 |
| TRISS (n=58) | |
| Média (DP) | 0,980 (0,039) |
| Mediana (IIQ) | 0,992 (0,120) |
| Mínimo, Máximo | 0,768; 0,999 |

Para 38 casos (65,5%) o tratamento não operatório (TNO) foi o tratamento de escolha. Esse tratamento é preferível, mas só pode ser aplicado em hospital equipado e preparado para tal e quando o paciente apresenta condições estáveis.

40 pacientes (65,5%) não tiveram complicações após a abordagem pela Equipe de Cirurgia Geral e do Trauma. Entre as complicações destacaram-se rabdomiólise (n=6; 9,8%), empiema (n=4; 6,5%) e sepse (n=4; 6,5%) como as principais. Dois casos foram transferidos para o Hospital Pronto Socorro João XXIII devido complicações neurológicas (3,3%). Dentre as complicações destacaram-se ainda dois retornos (3,3%), um com fístula pancreática e outro com empiema.

As lesões mais observadas foram lesões isoladas de pulmão (n=15; 24,5%), de baço (n=8; 13,1%) e de fígado (n=7; 11,4%). Em seguida, houve lesões associadas rim/fígado (n=4; 6,5%), baço/fígado (n=5; 8,1%), e em menores proporções lesões mistas, envolvendo baço, fígado, rim, pulmão, pâncreas, uretra e intestino delgado.

31 (52,5%) pacientes tiveram lesões exclusivamente tratadas pela equipe da cirurgia geral; 22, (37,2%) tiveram lesões que foram tratadas também pela Equipe de Ortopedia; 4, (6,7%) tiveram lesões tratadas pela Equipe de Cirurgia e do Trauma e pela Neurocirurgia; 2 casos, além da Cirurgia, foram assistidos pela Ortopedia juntamente com a Neurocirurgia.

Considerações Finais

Foram atendidos quase 3000 pacientes em treze meses no Pronto Atendimento (PA) do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) em Belo Horizonte, Minas Gerais. Tal volume de pacientes não é desprezível. É razoável afirmar que os pacientes atendidos no Pronto Atendimento (PA) do HRTN e aqueles tratados pela equipe de cirurgia geral e do trauma do HRTN representam uma pequena parte do universo de vítimas de acidente de motocicleta espalhados pelo Brasil, ratificando uma estatística temerária do nosso cotidiano.

Observou-se que os pacientes tratados pela equipe de Cirurgia Geral e do Trauma eram mais velhos, e permaneceram mais tempo internados comparativamente a todos os pacientes atendidos no PA.

Os achados deste estudo são semelhantes aos de outro estudo recente em município de São Paulo ⁴: A maior parte das vítimas era de homens; os principais mecanismos de trauma foram as colisões seguidas de queda de motocicleta. Além disso, a gravidade também foi relativamente leve na maioria dos pacientes. Chama a atenção no presente estudo a ocorrência de complicações importantes entre os pacientes e a necessidade de envolvimento, em alguns casos, das equipes de Neurocirurgia e Ortopedia. A lesão de órgãos como pulmão, baço, fígado também chama a atenção, por serem órgãos vitais.

O conhecimento acerca do padrão das vítimas de trauma por motocicleta pode auxiliar na elaboração de estratégias para políticas públicas, uma vez que eventos traumáticos são considerados causas externas e tem imenso potencial de prevenção.

Referências

1. BIAVATI Eduardo. (2017). Invasão sobre duas rodas: Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) confirma rápido crescimento da frota de motos no trânsito brasileiro e grande número de motociclistas não habilitados [Internet]. [citado 9 de janeiro de 2017]. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/motos/habilitacao/invasao-sobre-duas-rodas-departamento-nacional-de-transito-denatran-confirma-rapido-crescimento-da-frota-de-motos-no-transito-brasileiro-e-grande-numero-de-motociclistas-nao-habilitados.aspx>>.
2. GOLIAS Andrey Rogério Campos, CAETANO Rosângela. Accidents between motorcycles: analysis of cases that occurred in the state of Paraná between July 2010 and June 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.5, p.1235–46, 2013.
3. MARÍN-LEÓN Leticia et al. Trends in traffic accidents in Campinas, São Paulo State, Brazil: the increasing involvement of motorcyclists. **Cadernos de Saúde Pública**. v.28, n.1, p.39–51, 2012.
4. SIMONETI Fernanda Soares et al. Padrão de vítimas e lesões no trauma com motocicletas. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v.18, n.1, p.36–40, 2016.
5. ABRACICLO. Pilotando sem CNH: MG possui mais motos do que motociclistas habilitados nas ruas, 19/04/2020. Disponível em: <https://abraciclo.com.br/site/press-releases-2012/2020/pilotando-sem-cnh-mg-possui-mais-motos-do-que-motociclistas-habilitados-nas-ruas/>. Acesso em : 30/12/2020
6. CARREIRO Paulo Roberto Lima, DRUMOND Domingos André Fernandes, STARLING Sizenando Vieira , MORITZ Mônica, LADEIRA Roberto Marini. Implementation of a trauma registry in a brazilian public hospital: the first 1,000 patients. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.41, n.4, p. 251–5, 2014.
7. PEREIRA JÚNIOR Gerson Alves, SCARPELINI Sandro, BASILE-FILHO Aníbal, ANDRADE Jose Ivan de. Índices de trauma. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 30 de setembro de 1999 [citado 1 de janeiro de 2021];32(3):237-50. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/12699>
8. WHITAKER Iveth Yamaguchi, GUTIÉRREZ Maria Gaby Rivero de, KOIZUMI Maria Sumie. Trauma severity assessment in prehospital setting. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.42, n.2, p.111–9, 1998.
9. ALVAREZ Bruno Durante et al.. Avaliação do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vítimas de trauma com mecanismos diferentes. **Rev Col Bras Cir**, v.43, n.5, p.334–40, 2016.
10. BAKER Sussn P, O'NEILL Brian, HADDON William, LONG William B. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. **J Trauma**. v.14, n.3, p.187–96, 1974.
11. CHAMPION Howard R, SACCO William J, COPES Wayne S, GANN Donald S, GENNARELLI Thomas A, FLANAGAN Maureen E. A revision of the Trauma Score. **J Trauma**.v.29, n.5, p.623–9, 1989.
12. LOPES Maria Carolina BarbosaTeixeira, WHITAKER Ivete Yamaguchu,. Measuring trauma severity using the 1998 and 2005 revisions of the Abbreviated Injury Scale. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.4, p. 641–8, 2014..
13. SILVEIRA Márcio. Atendimento inicial ao politraumatizado [Internet]. *Traumatologia e Ortopedia*. [citado 9 de janeiro de 2017]. Disponível em: https://traumatologiaeortopedia.com.br/viewtopic_print.php?t=765&start=0
14. COPES Wayne S, CHAMPION Howard R, SACCO William J, LAWNICK M Mary M, KEAST Susan L, BAIN Lawrence W. The Injury Severity Score revisited. **J Trauma**, v. 28, n.1, p. 69–77, 1988.

15. BOYD C R, TOLSON Michael A, COPES Wayne S. Evaluating trauma care: the TRISS method. Trauma Score and the Injury Severity Score. **J Trauma**, v.27, n.4, p.370–8, 1987.
16. DOMINGUES Cristiane de Alencar, NOGUEIRA Lilia de Souza, SETTERVALL Cristina H. Constanti de, SOUSA Regina Márcia Cardoso de. Performance of Trauma and Injury Severity Score (TRISS) adjustments: an integrative review. **Rev Esc Enferm. USP**. n. 49, p.135–43, 2015.

Manifestações de Violência no Trânsito

Ronaro de Andrade Ferreira

Rosely Fantony

Maria das Graças Cirino Franca

Roberta Torres Lima

Maria Beatriz de Oliveira

Andréia Cirina Barbosa de Paiva

Flávio Santos Pimenta

Marcos Vinicius da Silva

Efigênia Ferreira e Ferreira

Fernando Madalena Volpe

Resumo

Este capítulo apresenta a grande diversidade de temas que podem ser pesquisados dentro do universo da “violência no trânsito” e traz alguns exemplos de pesquisas que foram realizadas no Núcleo e Saúde e Paz da Escola de Medicina da UFMG. Estudos que trataram a) das causas dos “acidentes” de trânsito e suas formas de análise e enfrentamento, b) do impacto da disseminação do uso de motocicletas no Brasil neste início de século, c) da perigosa associação entre bebida alcoólica e direção, d) da má qualidade do transporte coletivo como uma forma de violência urbana, e) da vulnerabilidade do idoso pedestre no trânsito das cidades e f) da educação para o trânsito realizada de forma transversal nas escolas como uma estratégia de prevenção a estas violências.

Palavras-chave: *violência no trânsito; mobilidade urbana; educação para o trânsito*

Apresentação

Com o avanço da industrialização e urbanização nos últimos 150 anos no Brasil, o número de deslocamentos para trabalhar ou estudar e a distâncias destes deslocamentos têm aumentado consideravelmente, gerando um complexo sistema de mobilidade que tem sido objeto de estudo de muitas áreas da ciência, como engenharia(s), direito, psicologia, medicina(s), cada uma analisando-o com o seu olhar, os seus conceitos e seu ferramental teórico e metodológico.

Nas últimas décadas surgiu um novo enfoque sobre o tema, o estudo das situações e atos de violência que se manifestam durante o ir e vir das pessoas.

A forma de interação entre os transeuntes está diretamente relacionada ao papel social que elas exercem no sistema de mobilidade naquele momento: pedestre, ciclista, motorista, motociclista, passageiro ou agente de trânsito ¹.

A violência tem sido classificada em quatro categorias: autoinfligida, interpessoal, institucional e estrutural ². O trânsito não apresenta muitas ocorrências de violência autoinfligida, entretanto, é rico em exemplos das outras três modalidades, muitas delas estimuladas por uma violência estrutural que concebe os proprietários de veículos, principalmente dos automóveis caros, como detentores de mais direitos que os outros usuários das vias ³.

Os modos de transporte, em especial os motorizados, contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população, ao prover acesso mais fácil a inúmeros bens e serviço. Mas isto tem seu preço, somente os acidentes de transporte são responsáveis por mais de 1,2 milhões de mortes no mundo anualmente, e mais de 50 milhões de pessoas lesionadas ⁴.

Outros subprodutos do trânsito, como poluição, exclusão social e degradação urbana, também afetam diretamente a vida das pessoas. É fácil perceber os efeitos negativos destes processos, ainda que sua quantificação seja complexa.

Acidentes de transporte ou de trânsito

O sistema de transporte brasileiro prioriza a utilização das vias terrestres e favorece a expansão do número de automóveis e motocicletas. Este fato, conjugado com a falta de infraestrutura (calçadas, vias sinalização), e outros problemas no transporte (custo, capacidade dos meios de transporte, poluição, congestionamento) forma um cenário favorável para o aumento das taxas de mortalidade e morbidade ¹.

Em consequência do aumento expressivo do número de veículos circulantes e da alta frequência de comportamento inadequado, aliados a uma vigilância e fiscalização

insuficiente, os acidentes de trânsito envolvendo veículos a motor passaram a se constituir em causa importante de traumatismo na população mundial e, especialmente na brasileira ¹.

O chamado “acidente” de transporte é um evento previsível e prevenível, pois é possível identificar os fatores e condições determinantes para sua ocorrência (e para sua prevenção) ⁴.

Em 2010, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), proclamou oficialmente o período de 2011-2020 como sendo a Década Mundial de Ação pela Segurança no Trânsito, com o objetivo de reunir esforços para controlar a violência no trânsito, pois estes acidentes constituem a oitava causa de lesões e morte no mundo, sendo a principal causa de morte de crianças e jovens de 15 a 29 anos, sendo mais de 2/3 das vítimas do sexo masculino ⁴.

Há diversas teorias ou modelos que discutem as causas e o desenvolvimento das estratégias de prevenção utilizadas atualmente. Entre eles destacam-se: a Abordagem Clássica da Engenharia de Tráfego, a Matriz de Haddon, as Barreiras de Reason, a Visão Zero, a Ergonomia da Atividade, a Abordagem da Saúde Pública e a Teoria Sistêmica ⁵.

O nível do risco de envolvimento em acidentes depende de vários fatores físicos e sociais, como: país de residência, a idade do usuário da via, o tipo de veículo, vias rurais ou urbanas, a velocidade, o consumo de álcool e o sexo. A forma como chegamos ao trabalho, à escola ou como vamos às compras determina o nível de risco que enfrentamos diariamente em nossas vias. Quanto mais informações tivermos sobre esses fatores, mais seremos capazes de prevenir mortes e lesões, e de promover eficazmente a segurança ⁶.

Segundo o Ministério da Saúde, apenas no ano de 2014, o Brasil alcançou o patamar de 44.572 mortes por acidentes de transportes terrestres e uma taxa de mortalidade de 22 óbitos para cada 100 mil habitantes, taxa bastante alta em comparação com o cenário internacional ⁴.

Motocicletas: a disseminação de um arriscado modo de transporte

A frota de motocicletas cresceu enormemente neste século, como consequência de um conjunto de fatores que incluem: criação de consórcios, extensão dos financiamentos, estabilidade econômica, aumento dos congestionamentos, desejo de redução dos custos e tempo de deslocamento, tanto para empresas como para indivíduos, criação/ampliação do mercado de motofrete e mototáxi ⁷.

Até o ano 2000 a motocicleta era usada quase exclusivamente para o lazer. No século XXI seu uso pode ser dividido entre: a) atividade profissional: motofrete, mototáxi, deslocamentos para atender clientes, segurança pública etc.; b) transporte: deslocamento

para o emprego, para escola, para passeio; e c) lazer: motoclubes, trilha etc. Sendo comum sua utilização para mais de um destes tipos de uso pelo mesmo condutor ⁸.

O Departamento Nacional de Trânsito mostra que nas regiões Sudeste e Sul, o número de motocicletas passou de 10,7% da frota total em 1999 para 20,4% em 2014. Parte dos motoristas de automóvel passaram a utilizar a motocicleta no seu dia-a-dia, para reduzir os custos e o tempo destinado ao seu deslocamento, entre outros fatores. Nas regiões Norte e Nordeste o processo de motorização era mais incipiente e a transição direta do pedestre, ciclista ou passageiro de ônibus para a motocicleta foi mais intensa. Nestas regiões as motos passaram de 18,9% da frota em 1999 para 44,4% em 2014.

Juntamente com o aumento da frota, houve um aumento expressivo dos acidentes com motocicletas, cujas mortes passaram de 1.583, em 1999, para 12.604, em 2014, um aumento de 796%, segundo o Datasus.

Este tipo de veículo apresenta alguns riscos específicos que estimulam a ocorrência de acidentes: ser pouco visível, perder o equilíbrio e transportar os usuários do lado de fora do veículo.

Mas ele também está fortemente associado a alguns comportamentos de risco que são relatados como mais frequência nos motociclistas, como: excesso de velocidade, transitar entre os veículos, ultrapassagens inadequadas, avanço de semáforo, condução sem habilitação⁵. Em Belo Horizonte, por exemplo, as motos equivalem a 12,3% da frota, mas participam em 66% dos acidentes com vítimas graves ou óbito ⁹.

A maioria das vítimas de acidentes com motos são de classe média e baixa e das cidades e estados com urbanização menos desenvolvida ¹⁰.

O aumento da frota de motos também agrava a qualidade do ar e seu impacto na saúde, pois devido à pouca tecnologia embarcada nas motos de baixa cilindrada e à fragilidade da legislação, cada motocicleta polui mais que um automóvel do mesmo ano de fabricação ¹.

Os governos e a sociedade reagiram a este aumento do número de motociclistas, ainda que tardia e timidamente e promoveram algumas mudanças: foram regulamentadas as profissões de motofretista e mototaxista, incluiu-se nas aulas teóricas para habilitação alguns conteúdos específicos sobre motocicletas, campanhas educativas para este público estão mais frequentes, os condutores e pedestres estão mais atentos às motocicletas, aumentou o número de equipamentos de segurança voltados para este público, a motos serão fabricadas com freios ABS (Anti-lock Breaking System) e CBS (Combined Brake System) ⁷.

Mas ainda há alguns desafios a enfrentar: o número de motociclistas sem habilitação é grande, o processo de habilitação não prepara nem avalia o motociclista nas

condições reais das vias, a fiscalização de trânsito adotada é menos eficaz para estes veículos, há poucas estratégias de fiscalização específicas para motociclistas, existe uma cultura entre os motociclistas de que eles possuem o direito de transgredir regras que valem para os demais condutores.

Consumo de álcool por motoristas em trânsito

Entre um quarto a metade dos sinistros com vítimas fatais no mundo estão relacionados ao uso do álcool por algum dos envolvidos ¹¹. No Brasil, uma pesquisa do Ministério da Saúde identificou que, nos acidente com vítimas, 22% dos condutores envolvidos estavam alcoolizados¹². O ato de um condutor dirigir um veículo estando alcoolizado gera, intencionalmente ou não, um aumento no risco de acidentes para ele e para os demais usuários da via, constituindo em uma manifestação de violência no trânsito e atentado à saúde pública.

Levantamento realizado em 2015 constatou que apenas 34 países, com uma população total de 2,1 bilhões de habitantes, possuem legislação com limite de 0,5 g/l (gramas de álcool por litro de sangue) ou menos, 21 deles na União Europeia⁴.

No Brasil em 2008, o governo publicou a lei nº 11.705, conhecida como “Lei Seca”, que alterou o Código de Trânsito Brasileiro, reduzindo o limite permitido de alcoolemia de 0,6 g/l para 0,2 g/l de álcool no sangue, bem como impondo penalidades mais severas para os motoristas que dirigirem sob a influência do álcool. Apesar de que, a maioria dos órgãos gestores de trânsito não possuía equipamentos nem condições de fazer a devida fiscalização naquele momento. Em 2012 foram publicadas a lei federal 12.760 e a Resolução do CONTRAN nº 432º, passando este limite para 0,0 g/l de sangue ¹⁶.

Nos meses seguintes às publicações, a mídia deu muita atenção ao tema (positiva e negativamente) o que pode ter provocado mudanças de comportamento da população. Um estudo desenvolvido em Belo Horizonte com pesquisa de campo antes e depois da “Lei Seca” mostrou uma forte redução da proporção de condutores que dirigiam alcoolizados no final de semana durante a madrugada, caindo de 38,2% em 2006 para 16,7% em 2009 ¹³.

Pesquisa nas capitais brasileiras indicaram que o ato de conduzir após consumo de álcool reduziu logo após a publicação da lei, voltando a crescer dois meses depois. Segundo os autores, a ampla cobertura da lei através da mídia nacional e a adesão da medida pela população levaram à redução rápida da utilização de bebida alcoólica por parte dos motoristas nos primeiros meses após a implantação da lei, mas este resultado se manteve apenas por tempo determinado ¹⁴.

Uma das estratégias utilizada para reduzir o consumo de álcool na direção, vem sendo o aumento de intervenções policiais e/ou do tempo de patrulhamento. Revisão

sistemática de 32 artigos escritos sobre o tema analisou de forma pormenorizada a metodológica utilizada nos estudos, e constatou que eles se mostravam limitados, com tamanho inadequado da amostra, medidas iniciais diferentes, contaminação e análise de dados também inadequados. Ou seja, as evidências disponíveis não estabeleciam firmemente que o aumento das patrulhas policiais poderia reduzir as consequências de o motorista dirigir alcoolizado ¹⁵.

O número de óbitos provocados por acidentes de transportes no Brasil nos últimos 10 anos (Tabela 1) mostra uma clara tendência de crescimento, com duas pequenas reduções de 2008 para 2009 e de 2012 para 2013. O impacto esperado com a implantação desta legislação era de uma forte queda nas estatísticas, o que não ocorreu ¹⁶.

Tabela 1 - Óbitos por acidentes de transporte terrestres no Brasil de 2005 a 2014

| Ano | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Óbitos | 36.46 | 36.94 | 38.03 | 38.94 | 38.24 | 43.73 | 44.31 | 45.79 | 43.18 | 44.57 |
| | 3 | 8 | 9 | 9 | 7 | 2 | 5 | 7 | 0 | 2 |

Fonte: Datasus: datasus.gov.br acessado em 9 de novembro de 2016

Apesar de tímidos já é possível observar alguns avanços, principalmente em algumas capitais do país, como: aumento da fiscalização de alcoolemia e da realização de campanhas educativas sobre o tema, envolvimento de empresas, escolas e outras instituições em ações contra o beber e dirigir, aumento da prática do “motorista da vez” e formas seguras de transporte, estabelecimento de jurisprudência e inclusão de mensagens educativas nas propagandas.

Entretanto, ainda existem diversos desafios a serem vencidos, como por exemplo: maior empenho dos órgãos do Sistema Trânsito; realizar a fiscalização nas cidades do interior; convencer os condutores que ainda bebem e dirigem do potencial de risco de acidentes e conseguir o apoio da mídia para esta causa.

É preciso destacar que a busca pelo ordenamento do trânsito passa não apenas pela legislação, mas envolve também as inter-relações entre engenharia, educação, fiscalização e meio ambiente. Políticas de segurança no trânsito em outros países incluíram, além da legislação, gestão de segurança viária, estradas mais seguras e com melhor mobilidade, veículos e usuários mais seguros e pronto atendimento às vítimas em caso de acidente ¹¹. Isto ajuda a explicar porque a “Lei Seca” não gerou uma grande redução nos acidentes de trânsito, como era esperado.

Qualidade do Transporte Coletivo como um Tipo de Violência

A maioria das pesquisas sobre saúde e trânsito tem foco nos acidentes de trânsito envolvendo condutores e passageiros de veículos particulares, sendo esquecidos os

usuários de ônibus, que socialmente são mais vulneráveis. É também necessário analisar a qualidade do transporte coletivo no Brasil sob a ótica da violência que se revela pela violação dos direitos dos cidadãos, sofrida pelo usuário no transporte público coletivo por ônibus.

A percepção dos usuários em relação ao serviço ofertado de transporte público é um fator convergente a todos os conceitos de qualidade no transporte coletivo ¹⁷, portanto a qualidade é interpretada e avaliada por meio da expectativa do usuário em relação ao serviço, sendo extremamente difícil apurar a qualidade coletiva, aquela que satisfaz a maioria, considerando-se que nesta maioria há indicadores díspares, de acordo com faixa etária, classe econômica, mobilidade reduzida entre outros aspectos muitas das vezes subjetivos e intangíveis.

A conduta dos operadores tem sido considerada na realização de pesquisas para avaliação da qualidade de serviços de transportes. Questionamentos referentes a esta conduta e o estresse e a segurança ao andar de ônibus em relação a acidentes visam refletir a participação dos operadores na qualidade do serviço prestado, ao interagirem com os usuários e consequentes impactos na saúde do mesmo.

Entre os principais critérios para avaliação da qualidade do transporte público, na visão do usuário está a avaliação da disposição do motorista e cobrador em dar informações, atender pessoas idosas e/ou com necessidades especiais, tratar a todos com urbanidade, organizar a entrada e saída dos passageiros.

A análise das reclamações registradas pelos usuários do sistema de transporte por ônibus de Belo Horizonte entre o período de 2011 e 2015 identificou que 23% delas referiam-se a comportamentos dos operadores (motorista e agente de bordo). Descumprimento de solicitação para embarque e desembarque foi a reclamação mais recorrente, no entanto, os itens relacionados a educação do operador e a confiabilidade do sistema são fatores preponderantes para motivar a reclamação do usuário, possivelmente por serem atos violentos explícitos contra o usuário reclamante ¹⁸.

Em diversas situações é possível perceber que o sistema não atende a contento o grupo ao qual deveria satisfazer. A violência afeta a saúde, provoca lesões, traumas físicos e inúmeros agravos mentais, emocionais e espirituais, diminui a qualidade de vida e coloca novos problemas para o atendimento médico. Ela se materializa em um efeito cascata que pode partir da regulamentação, controle e fiscalização do serviço pelos gestores públicos, passar pelas decisões dos empresários das concessionárias e pela atuação dos níveis técnicos das empresas, consolidando um cenário de violência institucionalizada entre o poder público, as empresas e os usuários. Estes grupos usam como escudo seus operadores, que muitas vezes trabalham sob condições inadequadas, para se protegerem do embate com os usuários do sistema de transporte.

Esse conjunto de ideias apresentadas revela a necessidade de trazer à discussão uma “doença” que de um lado se fortalece em todas as manhãs nos organismos técnicos da engenharia de transportes e nos tecidos nervosos dos usuários do transporte público por ônibus das grandes cidades e, que no outro lado, se ofusca na forma mais nefasta e cruel entre os interesses e manipulações políticas e empresariais. Torna-se assim, um desafio à medida que para combater esta violência ou suas causas faz-se necessário compreender suas origens e atores participantes, sem que ocorra a banalização e aceite sem questionar atos e consequências.

Vulnerabilidade do idoso pedestre no trânsito das cidades

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Em todos os países, especialmente nos desenvolvidos, a população mais velha está aumentando em número e em proporção da população também ¹⁹ e com o avançar da idade, as taxas de morbimortalidade por acidentes e violências apresentam-se crescentes ²⁰.

Nos últimos 15 anos registrados (Tabela 2), a principal causa externa específica de óbito de idosos no Brasil foram os acidentes de transporte, com 80.428 mortes. Em segundo lugar estão as quedas, com 77.684, sendo que uma parte delas ocorre nos seus deslocamentos, na travessia das ruas e no transporte, embarque ou desembarques dos ônibus, e, portanto, também estão relacionadas com a mobilidade das pessoas ²¹.

Tabela 2 – Óbitos de idosos por acidentes e causas externas no Brasil – 2000 a 2014

| Grupo CID10 | 2000 | 2004 | 2009 | 2014 | Total de 2000 a 2014 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------------------|
| Acidentes de transporte | 3.694 | 4.704 | 5.417 | 6.918 | 80.428 |
| Quedas | 2.034 | 3.441 | 5.671 | 9.539 | 77.684 |
| Outras causas externas acidentais | 3.467 | 3.021 | 3.682 | 5.037 | 53.768 |
| Agressões | 1.392 | 1.626 | 1.925 | 2.314 | 27.278 |
| Lesões autoprovocadas intencionalmente | 1.000 | 1.135 | 1.378 | 1.678 | 19.806 |
| Eventos com intenção indeterminada | 1.855 | 2.863 | 3.364 | 2.923 | 42.310 |
| Total | 13.442 | 16.790 | 21.437 | 28.409 | 301.274 |

Fonte: Datasus: datasus.gov.br acessado em 6 de novembro de 2016.

Minayo e Souza argumentam que a violência contra idosos é expressão da violência social, aspecto evidenciado na forma como os idosos no Brasil são desrespeitados e discriminados em seus direitos individuais e sociais ². No trânsito, isto se manifesta pela forma deseducada como outras pessoas tratam os idosos ao usarem o transporte coletivo, atravessarem a via ou andarem pelo passeio.

Os dados evidenciam que os idosos pedestres no Brasil apresentam taxas de óbitos bastante elevadas, sendo o atropelamento apontado como a sua principal causa de morte, já que 38,3% dos idosos que morreram devido a acidentes de transporte no Brasil em 2014 eram pedestres, e nas demais faixas etárias, 18,0% eram pedestres.

Os idosos têm quatro vezes mais probabilidade de morrerem atropelados por um carro que indivíduos nas faixas etárias mais jovens²². Os principais determinantes e fatores de risco são as perdas funcionais, as doenças preexistentes, o uso de medicamentos e a falta de acessibilidade nos espaços públicos.

Verifica-se que o acidente de trânsito geralmente acomete o idoso independente, autônomo e ativo²³.

A qualidade de vida do idoso está associada ao seu grau de mobilidade, que por sua vez relaciona-se com a sua condição de se deslocar, ligada “ao desejo de realização das atividades sociais, culturais, políticas e econômicas”¹, que são importantes definidores de saúde desta população. Entretanto, o alcance desta necessidade de deslocamento é dependente da acessibilidade oportunizada pelo espaço urbano.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) enfatiza a necessidade da cidade “*adaptar as suas estruturas para que sejam acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidade*”⁹, premissa que tem como fundamento o conceito chamado *envelhecimento ativo*, que é traduzido na integração dos eixos saúde, participação e proteção.

Algumas iniciativas locais para o enfrentamento do problema foram conquistadas pela população idosa, como a melhoria da sinalização e iluminação viária, a adoção de medidas preventivas de educação para o trânsito, a redução e controle da velocidade regulamentada em diversos pontos do espaço urbano e o reforço na fiscalização das vias e na conservação das calçadas, pelos respectivos órgãos competentes. Entretanto, um dos grandes desafios hoje, consiste em integrar estas medidas numa política pública baseada em ações de promoção de saúde, prevenção e proteção para a construção de uma cidade saudável e solidária, enfim, que seja realmente “amiga do idoso”.

A educação para o trânsito como tema transversal

A educação para o trânsito visa informar, mobilizar, prevenir e alertar a população alvo a adotar comportamentos que lhe tragam mais segurança e qualidade de vida. Deve abarcar conhecimentos sobre todos os modos de transporte, direitos e deveres dos cidadãos, legislação de trânsito e principalmente a convivência no espaço público com

respeito, cooperação e mínima exposição a situações de risco.

Medidas educativas têm sido defendidas como um meio de ensinar as crianças a lidar com o trânsito e embora sua fundamentação pedagógica, ideológica e legal esteja clara e incisivamente estabelecida, a sua implementação encontra limitações significativas dificultando o alcance dos objetivos esperados²⁷. Mas a proposta de efetivar o trânsito como tema transversal muitas vezes é dispensada ou sequer pensada pelos profissionais. Para superar essa visão fragmentada, é preciso desenvolver uma cultura de segurança no trânsito, que nem sempre aparece, inclusive nos próprios órgãos gestores de trânsito brasileiro. A ausência de atividades de trânsito nos currículos escolares está diretamente ligada à falta de vontade política e falta de compromisso daqueles que deveriam ser responsáveis por garantir a segurança. Normalmente, a proposta de trabalho da educação para o trânsito centra-se no comportamento, cujo objetivo está direcionado à redução dos acidentes. No entanto, educar para o trânsito não é apenas prevenir acidentes, mas está relacionado também a trabalhar aspectos voltados à civilidade, vida urbana e a responsabilidade social.

Pedagogicamente, a educação para o trânsito como tema transversal encontra fundamento nas teorias de Decroly, Freinet, Blonsky, Krupslaiia, Dewey e Kilpatrick²⁴, reforçadas pelas referências de Araújo, Moreno, Sastre, Busquets, Leal e Roldão e sua aplicação no contexto do ensino fundamental é condizente com as ideias de Piaget e Vygotsky²⁵. A legislação de trânsito brasileira também está em consonância com as recomendações da UNESCO que organizou o processo educativo em torno dos Quatro Pilares da Educação²⁶.

A política pública brasileira inclui o Trânsito como uma educação transversal, integrada às áreas ditas tradicionais, de forma a estar presente em todas elas. Para saber como se deslocar de uma maneira segura, será importante ter conhecimentos sobre o posicionamento do corpo humano, lateralidade, órgãos do sentido, conhecimentos relacionados ao meio ambiente, dentre outros conteúdos da área de Ciências e Educação Física. Os conhecimentos de Língua Portuguesa e Matemática aparecerão ao se trabalhar análises de textos ou problemas matemáticos relacionados ao tema. Localização, leitura de mapas, identificação de percursos são temas que podem ser trabalhados na Geografia. A história dos meios de transporte, das cidades e o desenvolvimento social trabalhados na História. Assim como na Arte, por meio de análise de obras e produção de elementos gráficos, são alguns exemplos de como o trânsito pode ser trabalhado transversalmente às disciplinas²⁷.

Pesquisas realizadas pela UNESCO em diferentes países mostraram que a busca por formação e informação era maior por aqueles que receberam mais educação quando eram mais jovens²⁶. Provavelmente isto também deve ocorrer com a educação para o trânsito. Pode-se hipotetizar que quanto antes forem oferecidas informações sobre os

meios seguros de utilização do espaço, mais cedo as crianças estarão preparadas para um sistema que ainda é imperfeito e por isso, perigoso, e continuarão a se preparar no futuro.

A implantação do tema trânsito nas escolas ainda é incipiente, o que limita o alcance dessa proposta. Nesse sentido, propõe-se a realização de um inquérito para determinar a situação da efetivação da educação para o trânsito no ensino fundamental; a investigação das percepções dos diversos atores envolvidos nessa implementação, buscando desvelar os fatores de motivação e desmotivação passíveis de intervenções; o estabelecimento de uma estratégia de implementação gradual, priorizando os centros urbanos; o monitoramento tanto da implementação quanto da adesão das escolas e professores a esses programas e da participação e aproveitamento dos alunos ²⁷.

Outras violências para estudar

Os temas aqui abordados de forma alguma esgotam as possibilidades de estudo da violência que se manifesta no trânsito.

Para exemplificar, não foram tratadas aqui questões como: a agressão da poluição gerada pelos veículos à qualidade de vida e de saúde da população; as condições de trabalho dos profissionais do sistema de mobilidade; a disputa pelo exíguo espaço urbano, tanto entre motorizados como com os não motorizados; exclusão social da utilização de determinados modos de transporte e de alguns espaços urbanos; a (in)acessibilidade nas cidades; as agressões e brigas no trânsito; as relações entre mobilidade e gênero ou entre mobilidade e renda; os fatores que propiciam a ocorrência de acidentes de transporte; acidentes com o transporte metropolitano de passageiros; a criação e avaliação das campanhas educativas de trânsito; a avaliação da eficácia das diversas medidas de enfrentamento à violência no trânsito.

Cabe a nós, autores, e a outros pesquisadores investir na pesquisa e na mitigação desta violência.

Considerações finais

O trânsito, seus aspectos e dinâmica e sua complexa relação com a violência são objetos de pesquisa (e intervenção) claramente transdisciplinares.

Apesar do elevado número de vítimas e de o tema frequentar a mídia, a magnitude das políticas públicas voltadas para este tema ainda é insuficiente para solucionar os problemas identificados.

As estatísticas sobre as vítimas do trânsito, embora apresentem problemas como subnotificação, mau preenchimento ou incompletude, têm melhorado de qualidade e têm

sido um suporte para o desenvolvimento de novos diagnósticos e novas políticas municipais, regionais, nacionais e internacionais.

Há diversos casos de políticas públicas que efetivamente reduziram a violência no trânsito e a sua eficácia parece ter associação com o fato de envolverem uma atuação intersetorial dos órgãos e uma presença transversal em políticas que não são voltadas diretamente para a mobilidade.

Melhores resultados foram observados em políticas que buscam afetar simultaneamente ações com diferentes enfoques: regulamentação, fiscalização, infraestrutura, operação de trânsito, educação e planejamento urbano, transcendendo as necessárias ações de fiscalização das infrações de trânsito e alcançando outros determinantes sociais da violência.

É crescente a atuação através de redes envolvendo a administração pública (de vários níveis e poderes), ONGs, empresas privadas e, muitas vezes, instituições de ensino e pesquisa, incluindo as nossas instituições (BHTRANS, DEER-MG, SESP-MG; CFC Belvedere, UFMG).

É comum que estudos sobre violência no trânsito tenham como foco apenas os acidentes de trânsito e as lesões provocadas por eles, ignorando as numerosas vítimas das outras manifestações da violência (agressões, exclusões, omissões etc.) e as consequências emocionais e sociais, menos facilmente identificáveis.

Portanto, muito ainda há por se estudar e intervir para diminuir esta violência.

Referências

1. VASCONCELLOS Eduardo Alcântara. **A cidade, o transporte e o trânsito**. São Paulo: Prolivros; 2005.
2. MINAYO Maria Cecília, SOUZA Edinilsa. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. DA MATTA Roberto. **Fé em Deus e pé na tábua: ou como e por que o trânsito enlouquece no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco; 2010.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório global sobre o estado da segurança viária 2015**. Genebra: OMS; 2015.
5. FERREIRA Ronaro Andrade. **Acidentes de trânsito em Belo Horizonte: instrumentos de registro e identificação de causas [dissertação]**. Belo Horizonte: UFMG; 2014.
6. OPAS. **Informe sobre segurança no trânsito na Região das Américas**. Washington, DC: Organização Panamericana da Saúde; 2015.
7. VASCONCELLOS Eduardo Alcântara. **Risco no trânsito, omissão e calamidade: impactos do incentivo à motocicleta no Brasil**. São Paulo: Ed. do autor; 2013.
8. DINIZ Eugênio Paceli Hatem. **Entre as exigências de tempo e os constrangimentos do espaço: as condições acidentogênicas e as estratégias de regulação dos motociclistas profissionais**

[dissertação]. Belo Horizonte: UFMG; 2003. 123f.

9. BHTRANS. **POLÍTICA DE SEGURANÇA NO TRÂNSITO DE BELO HORIZONTE**. Belo Horizonte: BHTRANS; 2016.
10. SILVA Paul Hindenburg Nobre de Vasconcelos. **Epidemiologia dos acidentes de trânsito com foco na mortalidade de motociclistas no Estado de Pernambuco: uma exacerbção da violência social** [tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on road safety: supporting a decade of action**. Genebra: WHO; 2013.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIVA: Vigilância de acidentes e violências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. SALGADO Rogério de Souza, CAMPOS Valdir Robeiro, DUALIBI Sérgio, LARANJEIRA Ronaldo Ramos. O impacto da “Lei Seca” sobre o beber e dirigir em Belo Horizonte/MG. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v;17, n.4, p. 971-976, 2012.
14. MOURA Ery Catarina et al.. Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebidas alcoólicas, Brasil, 2006 a 2009. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.5 p. 891-894, 2009.
15. GOSS Cynthia W, VAN BRAMER Lisa D, GLINER Jeffrey A, PORTER Todd R, ROBERTS Ian G, DIGUISEPPI Carolyn . Increased police patrols for preventing alcohol-impaired driving. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008, Issue 4. Art. No.: CD005242. DOI: 10.1002/14651858.CD005242.pub2. Accessed 01 January 2021.
16. FANTONY Rosely. **Subjetividade x objetividade na lei de restrição ao consumo de álcool por motoristas (“Lei Seca”): uma reflexão sobre sua implementação no Brasil** [dissertação]. Belo Horizonte: UFMG; 2014.
17. COUTO Daniel Marx. **Regulamentação e Controle Operacional no Transporte Coletivo Urbano: Estudo de Caso no Município de Belo Horizonte/MG** [dissertação]. BELO HORIZONTE: UFMG; 2011.
18. SILVA Marcos Vinicius. **Problemas e desafios da mobilidade urbana: a violência vivenciada pelo passageiro no serviço de transporte público por ônibus de Belo Horizonte** [dissertação]. Belo Horizonte: UFMG; 2016.
19. OPAS. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS; 2005.
20. GRDEN Clóris Regina BLANSKI, SOUSA Jacy Aurélia Vieira, LENARDT Maria Helena, PESCK Regianne Mara, SEIMA Márcia Daniele, BORGES Pollyana Kássia Oliveira. Caracterização de idosos vítimas de acidentes por causas externas. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n.3, p.463-70, 2014.
21. PAIVA Andreia Cirina Barbosa **Morbimortalidade de idosos por acidentes de trânsito: contribuições para a formulação de políticas públicas de promoção da saúde** [dissertação]. Belo Horizonte: UFMG; 2016.
22. ABOU-RAYA Susan ELMEGUID Leila Abd. Road traffic accidents and the elderly. **Geriatr Gerontol Int.**, , v.9, n.3, :290-7. 2009.
23. FREITAS Mariana Gonçalves de, BONOLO Palmira de Fátima, MORAES Edgar Nunes, MACHADO Carla Jorge. Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. **Ciênc. saúde coletiva**,v.20, n.2, p. 701-712, 2015.
24. INSTITUTO PAULO FREIRE (IPF). **Inter-Transdisciplinaridade e Transversalidade**. São Paulo: IPF. [acesso em 2015 out 23]. Disponível em: www.inclusao.com.br/projeto_textos_48.htm.
25. THOMSON Andrew Tolmie J, FOOT Hugh C, MCLAREN Brian. Child development and the aims of road safety education: a review and analysis. In: **Road Safety Research Report**, n.1. Glasgow: The Department of Transport; 1996.
26. UNESCO. **Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI**. São Paulo: Cortez; 2012.
27. LIMA Roberta Torres. **A educação para o trânsito como tema transversal: fundamentação pedagógica, ideológica e legal** [dissertação]. Belo Horizonte: UFMG; 2016.

Violência contra a mulher: percepções de mulheres brasileiras do campo, da floresta e das águas

Erica Fernandes Rodrigues
Adalgisa Peixoto Ribeiro

Resumo

O objetivo é descrever as percepções de mulheres brasileiras do campo, da floresta e das águas acerca da violência que as atinge. Inicialmente apresentamos conceitos e localizamos as mulheres em seu território. Descrevemos o caminho metodológico da pesquisa, de abordagem qualitativa, e as percepções das mulheres sobre a violência, a partir do marco teórico e do contexto social onde elas mulheres vivem. As percepções sobre violência contra a mulher se revelaram marcadas pelas próprias experiências. Observamos que a dor e o sofrimento expresso em seus depoimentos convergem com o conceito que une todas elas (mulheres urbanas e do campo, da floresta e das águas), o de violência de gênero.

Palavras-chave: *violência; mulheres; população rural.*

“Ah, a minha vida foi difícil, porque é de criança que já comecei esse sofrimento (...) não houve felicidade para mim, porque foi muito difícil.” (Tulipa, Região Norte)

Este capítulo do livro tem o objetivo de descrever as percepções de mulheres brasileiras do campo, da floresta e das águas acerca da violência que as atinge. Inicialmente apresentamos conceitos e localizamos as mulheres em seu território, assim é possível descrever as experiências e percepções a partir do marco teórico e do contexto social onde as mulheres vivem suas experiências violentas.

As mulheres têm sido vítimas de violências que afetam sua saúde e sua vida em diversos âmbitos, dificultando ou mesmo impedindo seu desenvolvimento pessoal e coletivo em sociedade. A violência contra a mulher tem sido abordada na literatura científica a partir do conceito de violência de gênero que é praticada baseando-se nas relações de poder e nas diferenciações nos padrões culturais do que é ser homem e mulher para uma determinada sociedade^{1,2}. A violência de gênero inclui a que é cometida por homens contra as mulheres, mas também por mulheres contra os homens, entre as mulheres e entre os homens. Mas é importante destacar que a mulher, historicamente, tem sido a vítima mais frequente nas relações com os homens^{2,3,4}.

Alguns autores incluem a violência contra a mulher no marco conceitual da violência cultural, que se expressa por meio de valores, crenças e práticas de maneira repetida que se tornam naturalizados. Também conhecida como ‘violência moral e simbólica’, é aquela que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos do outro. Apresenta-se sob a forma de discriminações e preconceitos que oprimem, prejudicam e até eliminam os diferentes. Além da violência de gênero, incluem-se na violência cultural a violência racial e contra pessoas com deficiência⁵.

A partir dessas considerações é importante observar o conceito de violência contra a mulher, definida pelas Nações Unidas como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada”⁶.

Segundo Araújo, Martins e Santos³ as reflexões trazidas por autores como Saffioti e Bourdieu ajudam a compreender que a violência contra a mulher se manifesta justificada pela ordem patriarcal, onde aos homens é facultado “o direito de dominar e controlar suas mulheres, podendo para isso usar a violência” (p.18). Na base das diferenças culturalmente estabelecidas entre os papéis sociais do homem e da mulher estão a dominação e a submissão de um sexo em relação ao outro^{2,7}. E o que mantém a condição de homem/masculino como forte, viril e provedor é o recurso da violência.

No entanto, assim como afirmam Pinto et al.,¹ mesmo sendo as principais vítimas

nas relações com os homens, é preciso ressaltar que as mulheres não estão somente no papel de vítimas e os homens somente na posição de agressor. A noção de violência de gênero ajuda a compreender que se trata de uma violência que ocorre na relação entre eles. Além disso, os mesmos autores destacam que essa violência pode estar atravessada por questões sociais como raça/etnia e classe social. No caso das mulheres que vivem em territórios específicos como campo, florestas e águas, esses marcadores sociais parecem ainda mais evidentes.

Como a violência contra a mulher frequentemente ocorre no ambiente doméstico, é importante considerar o conceito de violência doméstica contra a mulher, que envolve atos repetitivos, que se agravam com o tempo, aumentando sua frequência e intensidade. Podem se concretizar por meio de coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, ameaças e agressões físicas e sexuais. É uma violência que subjuga e provoca medo permanente, danos físicos e psicológicos duradouros⁸.

“As mulheres têm todo o serviço de casa, têm que assistir os filhos, têm que trabalhar na lavoura”. (Camélia, Região Sul) - Violência contra mulheres do campo, floresta e águas

A violência contra a mulher do campo, floresta e águas está muito presente nas relações intrafamiliares e de gênero. Esta situação, por muito tempo permaneceu invisibilizada nas políticas e na produção científica sobre essas populações, o que reflete na escassez de publicações sobre o tema, que considere os significados e as consequências da violência para elas, assim como das estratégias de enfrentamento construídas no âmbito das comunidades⁹.

É importante destacar que essas mulheres fazem parte de uma população caracterizada por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo; as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras¹⁰.

Os poucos dados disponíveis mostram que existe um sub registro dos casos de violência contra essas mulheres. No período de 2010 a 2012, foram notificados 367.435 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil, e destes, apenas 5,45% se referem a pessoas que viviam no campo. Em relação ao total de notificações 12.710 casos envolviam pessoas do sexo feminino residentes em área rural, destas 56,6% tinham entre 18 e 59 anos de idade, 43,6% tinham ensino fundamental incompleto, 35,4% tinham companheiros; 32,5% foram agredidas por seus companheiros atuais ou ex-companheiros, 13,2% por outros familiares; e em 65,2% dos casos a violência ocorreu no interior da residência. A violência mais frequente foi a física (62,6%)¹¹.

As mulheres que vivem nesses territórios específicos enfrentam ainda os desafios geográficos que muitas vezes dificultam o acesso aos serviços que podem se localizar muito distantes ou até mesmo inexistir uma rede especializada de atendimento nas proximidades¹². Aliado a isso, a naturalização da submissão da mulher ao homem e da violência nessa relação é uma questão cultural presente em algumas dessas comunidades. O isolamento nas zonas rurais e as questões culturais, são destacados na literatura como fatores que permitem aos agressores impor privações de liberdade e distanciamento do grupo social familiar, o que coloca as mulheres em situação de vulnerabilidade e dificulta a busca de ajuda¹³.

Caminhos da pesquisa

Este capítulo mostra a análise de dados de uma pesquisa maior, de âmbito nacional, intitulada “Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência”, desenvolvida por pesquisadores do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz, do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, intitulado Grupo “Para Elas, Por Eles, Por Nós”, em parceria com o Ministério da Saúde.

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa que pretende dar voz a um grupo social específico - as mulheres brasileiras do campo, das florestas e das águas - sobre suas experiências de violência. Como se trata de uma questão social, que afeta a saúde física e mental das mulheres e de formas diferentes as que vivem em contextos sociais desfavoráveis, é fundamental valorizar a visão, as interpretações e as atitudes dessas mulheres.

Desse modo, considera-se que as vivências e os discursos de mulheres que têm seus modos de vida, produção e reprodução social distintos daquelas amplamente retratadas nos estudos da área da saúde (as que vivem em grandes cidades e regiões metropolitanas altamente urbanizadas) podem fornecer um rico material de análise para reflexões acerca da violência contra a mulher e das possibilidades de intervenções.

Foram analisadas 34 entrevistas realizadas com mulheres brasileiras, em oito municípios, nas macrorregiões de Campo, Floresta e Águas: Igarapé Mirim/PA, Augustinópolis/TO e Cruzeiro do Sul/AC, na Região Norte (12 participantes); Santana do Matos/RN e Irecê/BA, na Região Nordeste (6 participantes); Posse/GO, na Região Centro-Oeste (5 participantes); São Mateus/ES, na Região Sudeste (6 participantes); e São Lourenço do Sul/RS, na Região Sul (5 participantes).

Foram incluídas mulheres líderes comunitárias, mulheres em situação de vulnerabilidades, vítimas de violência e profissionais de saúde, previamente identificadas pelos profissionais dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e/ou das Estratégias de Saúde da Família (ESF). As entrevistas foram realizadas de maio a dezembro

de 2016 por um grupo de pesquisadores treinados que visitaram os municípios para a realização do trabalho de campo.

As entrevistas seguiram um roteiro de questões que nortearam o entrevistador, mas foi permitido às mulheres o discurso livre, o relato da história de vida sem interrupções. O roteiro usado para a entrevista continha questões que visavam a identificar o entendimento das mulheres sobre violência, suas diferentes formas de expressão, como preveni-la e superá-la, o conhecimento sobre os serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência, as ações que são ofertadas nesses serviços e as dificuldades e facilidades na atenção às mulheres em situação de violência. Após esta etapa, os depoimentos foram organizados em bancos de dados no *Microsoft Office – Word*, de acordo com a região geográfica e os temas destacados no roteiro. A forma de análise dos dados seguiu os princípios da Análise de Conteúdo, modalidade temática adaptada da proposta original de Bardin por Minayo¹⁴ em sua obra “O Desafio do Conhecimento”. Os resultados foram discutidos à luz da literatura da área da saúde coletiva.

Os trechos das entrevistas, incluídos neste capítulo para retratar as percepções das mulheres entrevistadas foram identificados usando uma codificação com nomes fictícios para preservar a identidade das mulheres.

“Talvez você vai discordar com a minha visão e aquilo que eu vivo” (Dália, Região Sudeste) - percepções sobre violência contra as mulheres

As mulheres brasileiras do campo, da floresta e das águas caracterizaram a violência contra a mulher como violência doméstica que se expressa pela violência física e sexual e pode ser cometida por filhos ou companheiros. Citaram também a homofobia, a violência psicológica, que inclui menosprezo, ofensas, humilhações, ameaças e a negação de direitos.

Algumas mulheres líderes, entrevistadas na Região Norte, diferenciam bem as violências física e psicológica, identificando o contexto intrafamiliar como o local onde mais ocorrem, nas relações conjugais e familiares. Em alguns relatos, aparecem além da violência conjugal a violência de filhos contra a mãe. Esses depoimentos são carregados de sentimentos ambíguos, que revelam a busca por entender as motivações da violência e ao mesmo tempo de revolta: “*Aí eu não sei se é só a cachaca. Aí eu fico sem saber responder por quê, né, que pessoa chega a fazer isso com a mãe, né*” (Violeta, Região Norte).

Os relatos das mulheres da Região Norte focalizam a violência contra a mulher que é restrita ao lar, revelando uma negação dessas situações nas comunidades. Inicialmente, afirmaram não ter conhecimento de situações de violência na localidade, mas no decorrer da entrevista emergem evidências de violências. Tal fato ilustra o que discutem alguns autores de que a violência contra a mulher ainda não é assunto coletivo em algumas comunidades,

que existe uma dicotomia entre o público e o privado¹⁵. Nesse sentido, a violência sofrida pela mulher é vista de forma diferente de outros tipos de violências urbanas, para as quais se acionam a polícia ou outros meios legais para seu enfrentamento.

As profissionais de saúde entrevistadas na Região Nordeste acreditam que a violência doméstica ocorre predominantemente no interior do Estado, demonstrando que desconhecem a realidade do país e de sua própria região. A violência contra as mulheres nas grandes cidades tem índices mais elevados que em regiões do interior dos Estados, o que pode ser devido às dificuldades de registro nesses locais e também a ausência de serviços que atendem esses casos¹⁶. No entanto, a formação da percepção do que seja violência tem sido transformada pelo contato com outras mulheres, pela busca do aprendizado e articulação com outros serviços e setores que fazem parte da rede de proteção no município. Isso demonstra a importância de discutir o tema com profissionais de vários setores que atuam diretamente com mulheres e que têm uma oportunidade ímpar para abordar a questão em seus atendimentos.

“A gente tem uma parcela de culpa muito grande nisso”
(Camomila, Região Nordeste) - Motivações para as violências sofridas

Diversas questões foram mencionadas como motivadoras da violência sofrida pelas mulheres, entre elas a cultura do machismo, o uso e abuso de álcool e outras drogas, a submissão das mulheres aos homens, o comportamento da mulher em determinados espaços, entre outras. Algumas falas demonstram a naturalização dessas motivações e da própria violência.

A religiosidade é muito presente nas vivências e nos relatos de algumas mulheres. Neste sentido, a violência foi relatada como “falta de Deus”, “ação do demônio” e passar por situações de violência, “é sacrifício”. Algumas mulheres conseguem expressar, de forma crítica, essa associação entre violência e religião, revelando uma esQUIVA dos membros de uma determinada denominação religiosa em reagir ou denunciar a um caso de violência sexual contra uma adolescente:

“Mas a igreja... ninguém denunciou nada porque disseram que era o demônio que estava no corpo dele, por isso que ele violentou. Porque isso tudo, em relação à igreja, tudo é demônio, não é em relação a eles em si não, é demônio.” (Gerânio, Região Sul).

Em sua revisão de literatura sobre as relações entre religião, saúde e violência, Ribeiro e Oliveira¹⁷ destacam que a religiosidade tem sido amplamente destacada na literatura da área da saúde como positiva em vários aspectos terapêuticos, no entanto há estudos que a associam a produção de sofrimento psíquico e violência. No relato acima encontra-se um exemplo concreto de sofrimento e de omissão sob os auspícios de crenças religiosas.

Para algumas mulheres, a violência parece ter razão de ser pela natureza do homem

e pelo comportamento da mulher. A postura “exemplar” de uma mulher “de família”, a roupa que veste, com quem e por onde anda são aspectos ainda presentes na compreensão das relações desiguais de gênero vivenciadas por elas. Tudo isso reforça uma visão equivocada de que a vítima tem culpa da violência que sofreu. Essa visão é amplamente reforçada pela cultura machista muito marcante em algumas regiões. Os depoimentos a seguir retratam essas percepções entre as mulheres de diferentes regiões.

“Eu vejo assim, o homem, ele tem a natureza humana, a carne deseja. (...) Então, eu acho, o vestuário, o modo da pessoa também chama atenção, atrai as pessoas.” (Acácia, Região Centro-Oeste)

“Na minha região, eu vejo assim: a mulher, hoje, se tornou objeto; não vou lhe dizer que seja pela necessidade, (...) aonde a mulher se coloca no seu lugar, não há violência. Agora, aonde a mulher se deixa levar ou se expõe, é mais fácil ela encontrar alguém que vá em busca do abuso sexual, da exploração...até no trabalho. (...) então, eu acho que a violência hoje está na mulher, é ela que é a provocante.” (Dália, Região Sudeste)

A cultura de dominação, superioridade e posse dos homens em relação às mulheres e, por outro lado, a submissão delas, também foram lembradas por algumas mulheres como motivação para as violências sofridas. Além disso, a desigualdade de gênero marca as relações interpessoais e de trabalho. Dois depoimentos destacaram essas questões:

“Eu acho que passa pelo sentimento de posse, domínio. Você tem que subjugar. ‘Olha, eu quero fazer sexo’. A mulher: ‘Não, não quero’. Seja quem for, pelo motivo que for... então, você parte pra agressão. É uma coisa assim... de muito egoísmo, de controle, de posse, que tem que submeter quem tem que fazer o que eu quero.” (Glicínia, Região Nordeste)

“A reprodução dessa cultura, que a gente ainda tem, de que o homem é que manda e a mulher que obedece, como a gente tem até hoje os salários, a gente tem uma diferença de salários, o homem ganha mais que a mulher, né?” (Camélia, Região Sul)

Uma das entrevistadas apresentou a noção de associação entre desigualdade de gênero, machismo e violência. Em sua fala destacou-se a cultura do machismo como uma “herança intergeracional” que dificulta a educação dos filhos, como se pode ver nos trechos abaixo:

“Eu sou mãe de menino e eu sei como é difícil a gente separar a cultura. Porque por mais que eu saiba o que é machista e o que não é, operacionalizar é difícil, às vezes. Nem me cobro tanto, porque nasci e me criei dentro, numa cultura machista, mas acho que sou muito menos do que minha mãe, do que minha avó. Mas, eu acho que referência em relação à forma como tratar a mulher, a gente já consegue passar de uma forma muito diferente.” (Camomila, Região Nordeste)

“Nossa região aqui é muito machista. Se um homem compartilha as coisas com a esposa dele, os outros criticam, dizem: ‘é pau mandado’, ‘ele é mandado pela mulher’”. (Cravo, Região Nordeste)

O uso abusivo de álcool e outras drogas foi citado por várias entrevistadas como causa para violência. O etilismo é uma motivação evidenciada pela literatura, assim como o uso abusivo de drogas, que aumentam em 6,5 vezes as agressões quando o perpetrador está sob efeito de drogas¹⁸. Outra questão levantada que converge com os relatos das mulheres entrevistadas é que o uso de álcool é muito frequente no lazer das pessoas de algumas comunidades e, que desde criança, o homem aprende a consumir álcool e este é um hábito naturalizado por todos. A seguir, alguns trechos de depoimentos que retratam estas realidades:

“O meu pai só tinha o agravante da cachaça. É onde vinha a questão da violência doméstica. Começou desde a infância porque, meu pai era um homem maravilhoso, mas quando bebia se transformava.” (Copo de Leite, Região Nordeste)

“Eu acho que são as drogas. Vejo na televisão a mãe botar corrente na perna do filho, pro filho não sair de casa ou às vezes um filho agredindo, vendendo tudo que tem dentro de casa por causa de uma droga.” (Girassol, Região Sul)

É interessante destacar que apesar das mulheres associarem o uso abusivo de substâncias psicoativas como motivadoras para as violências, alguns trabalhos discutem que seu uso é um fator de risco para a violência intrafamiliar e não a motivação. Trata-se de uma relação complexa que envolve diversos fatores, como biológicos, psicológicos e sociais¹⁹.

A influência da mídia, principalmente da televisão, na propagação de notícias violentas foi citada por uma entrevistada, que relatou dificuldades na educação de crianças e adolescentes. Uma das entrevistadas da região Sul do Brasil, crê que a violência é muito mostrada nas novelas, nos noticiários e em outros programas de TV. Nesse sentido, atribui à mídia a responsabilidade de reforçar a violência que ocorre “mundo afora”.

Esta visão parece encontrar eco em estudos que apontam as mídias como responsáveis por pautar os discursos sobre a vida social em seus diversos âmbitos, atribuindo à forma como as comunicações são realizadas uma responsabilidade social, principalmente no que se refere à população infanto-juvenil²⁰. Njaine et al., destacam que a mesma mídia que pode reproduzir e reforçar estereótipos também é capaz de “produzir novos sentidos, representações e identidades transformadoras” (p. 309).

A homofobia também foi citada por uma das entrevistas como consequência da cultura machista da sociedade. Seu depoimento carrega as marcas da discriminação por questões de orientação sexual e da violência que sofre.

“Muitas mulheres se entregam à depressão, muitas mulheres se prendem dentro de si, não conseguem ser felizes.” (Prímula, Região Norte) - Repercussões da violência

Diversas consequências da violência sofrida emergiram nos depoimentos das mulheres em todas as regiões geográficas, como repercussões na saúde mental. Baixa autoestima, sentimentos depressivos e desvalorização foram frequentes.

“Então, para mim, hoje, situações em termo de famílias, de casais, a violência oral tem sido pior que a própria agressão, sabe? Porque isso mexe com o psicológico, com o emocional da pessoa. Traz a pessoa a um estado mesmo até assim de depressão.” (Prímula, Região Norte)

“E ele me ameaçava de morte direto, direto. Eu só queria ficar feia, feia, feia, até ele não me querer, queria que ele cansasse de mim... Até hoje eu nunca recuperei minha autoestima do jeito que eu andava. Hoje, quando eu me arrumo, eu desarrumo de novo.” (Cravo, Região Nordeste)

“Nenhum ser humano aguenta por tanto tempo ser menosprezado, ser ofendido, ser humilhado. Então a mulher vai desenvolvendo uma depressão. Isso é muito comum lá onde eu moro.” (Camélia, Região Sul)

Alguns estudos têm mostrado que mulheres vítimas de violência têm mais chance de desenvolver diagnósticos de depressão, ansiedade, insônia e fobia social^{21,22}. Na revisão sistemática realizada por Silva e Oliveira²³ ficou constatado que as consequências da violência contra a mulher tem efeitos imediatos, mas também de longo prazo como depressão, tentativas de suicídio, gravidez indesejada, dentre outros. Além disso, destaca-se o comprometimento nas relações sociais¹¹, o que pode impedi-las de pedir ajuda pelo isolamento social a que são submetidas.

As consequências da violência conjugal também atingem os filhos que presenciam agressões e são vítimas da violência doméstica. O impacto da violência nos filhos tem sido destacado na literatura sobre o tema^{11,24}. Uma das entrevistadas cita até mesmo a tentativa de suicídio do filho como um reflexo da violência que ambos sofreram ao longo da vida.

“Ele ficava pirraçando a gente na rua, perseguindo...e ele pirraçava meu filho, não dá nada pra meu filho. A culpada sou eu de ter dado um pai desse que não dá atenção. Até que no ano passado o meu filho tentou suicídio.” (Cravo, Região Nordeste)

As marcas e lembranças da violência sofrida e de um rompimento traumático são obstáculos, muitas vezes intransponíveis, para refazer a vida e os relacionamento. Uma delas externou seus receios de ser novamente vítima de violência e de colocar em risco suas filhas:

“Eu tenho vontade de arrumar um companheiro, mas eu tenho medo de chegar a acontecer o que aconteceu comigo, de um cara querer fazer com as minhas filhas, né? Então, eu não quero isso para as minhas filhas, não quero.” (Calêndula, Região Norte)

“Um dia, numa reunião dessas, eu vim a saber que eu fui violentada, eu tinha onze anos e eu não sabia. Se a gente sabe aí tem como falar.” (Lavanda, Região Norte) – Considerações finais

As percepções sobre violência contra a mulher são marcadas pelas próprias experiências. Muitos foram os relatos de violência intrafamiliar, como violência sexual na infância com sucessivas gestações decorrentes desses abusos, o casamento infantil, as humilhações, ameaças, agressões físicas, doação informal dos filhos (que em alguns momentos se confunde com abandono e com a retirada forçada do filho), as discriminações por sua condição de trabalho, homofobia e, talvez a mais frequente das agressões, a que ocorre entre parceiros íntimos.

Apesar das experiências e percepções das mulheres do campo, floresta e águas terem muitas especificidades da vivência de cada uma delas em seus territórios há uma marca muito semelhante ao sentido dado à violência pelas mulheres de áreas urbanas. Destacamos que as mulheres entrevistadas têm menos acesso à educação formal e estão expostas a muitas vulnerabilidades sociais, possuem menos acesso que as mulheres urbanas a serviços e oportunidades. Porém, as experiências violentas que deixam uma carga de sofrimento e dor, contadas por estas mulheres convergem com o conceito que une todas elas, o de violência de gênero.

Percebe-se que o grau de educação formal das mulheres é um importante marcador que oferece a elas a possibilidade de reflexão sobre a caracterização, as motivações e as formas que encontram de buscar ajuda e de superar o sofrimento. Todas contam histórias de violência na família ou na trajetória de vida, porém ao caracterizar a violência, a resposta apresentada por cada uma, nos conta como cada uma buscou enfrentar e aceitar a situação de vida, ou seja, algumas buscaram estudar e atuar, se tornar independentes, atuar na comunidade, outras buscaram construir famílias que não repetissem as situações de violência familiar já experimentadas em sua história de vida.

As motivações destacadas por elas para a violência que sofrem são fortemente forjadas na cultura machista, patriarcal, com aspectos religiosos que ora contribuem para manter a dominação masculina e a submissão feminina como naturais ora ajudam na superação do sofrimento, o uso abusivo de álcool e outras drogas e as visões equivocadas de que as mulheres são culpadas pela violência cometida contra elas.

Algumas mulheres falaram da felicidade em oposição às experiências de violência. Foram recorrentes as falas “não houve felicidade para mim”, “eu não sou feliz”, ou ainda “a pessoa não consegue ser feliz vivendo assim”. Por outro lado, para algumas delas, ser útil

à comunidade e ajudar outras mulheres com histórias parecidas suscitava a sensação de viver momentos de felicidade.

Os resultados encontrados neste trabalho não podem ser generalizados para todas as mulheres brasileiras que vivem no campo, florestas e águas, pois não retrata a totalidade da diversidade de percepções e experiências das mulheres. No entanto, a experiência da pesquisa e as análises realizadas ajudam a identificar pistas e traçar caminhos para a atuação do setor saúde.

As mulheres têm a necessidade de acolhimento e escuta. Algumas experiências em outros territórios têm mostrado que é possível estimular a reflexão e o protagonismo de mulheres no sentido de reconstruírem suas vidas. A experiência da roda de conversa, vivenciada no projeto “Para Elas” dentro da Universidade Federal de Minas Gerais vem mostrando que elas conseguem falar sobre o tema, são ouvidas, acolhidas e podem construir juntas os caminhos para resistir e ressignificar seu sofrimento. Esta é uma experiência que poderia ajudar as mulheres de comunidades como as que foram focalizadas neste capítulo a terem a compreensão das experiências vividas e a construírem caminhos diferentes para suas trajetórias pessoais.

As histórias que basearam as análises deste capítulo são ricas em nuances que aqui não foram trabalhadas, mas que ajudarão a lançar luz sobre as possibilidades de atuação e de prevenção das violências. Em comum, as mulheres têm suas formas de vida ligadas ao campo, às florestas e às águas, assim como uma diversidade de experiências violentas. Cada história contada pode ser o passaporte para a libertação de uma outra mulher pelo exemplo e pela certeza de que não estão sozinhas e que, muito mais que dar voz às mulheres vítimas de violência, é necessário ouvir as vozes destas guerreiras.

Referências

1. PINTO, L.W.; MENDES, H.F.; NASCIMENTO, M.; CAMPOS, D. Violência contra as mulheres: antigas questões, novas configurações. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. (Orgs.). Novas e velhas faces da violência no século XXI: uma visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 203-222.
2. GOMES, R.; MINAYO, M.C.S.; SILVA, C.F.R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 117-140.
3. ARAÚJO, M.F.; MARTINS, E.J.S.; SANTOS, A.L. Violência de gênero e a violência contra a mulher. In: ARAÚJO, M.F.; MATTIOLI, O.C. (Orgs.). Gênero e Violência. São Paulo: Arte e Ciência, 2004, p.17-36.
4. GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cad. Saúde Pública, 1994; 10 suppl.1: 146-55.
5. NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J.Q. Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020, 448 p.
6. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Sexual violence in Latin America and the Caribbean: a desk review. Pretoria: Sexual Violence Research Initiative; 2010. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3341:2010-sexual-violence-latin-america-caribbean-desk-review&Itemid=0&lang=en

7. ZUMA, C.E.; MENDES, C.H.F.; CAVALCANTI, L.F.; GOMES, R.; NASCIMENTO, M. Violência de gênero na vida adulta. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J.Q. (orgs.). *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020. p. 205-240.
8. BRASIL. Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres. *Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres, 2006.
9. SOUZA, M.F.P.; HENRIQUES, F.O. Articulação e redes no enfrentamento à violência contra as mulheres no Pará. *Revista de Políticas Públicas*, 2019; v.23, n.1, p.45-61.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa*. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.
11. CARNEIRO, J.B.; GOMES, N.P.; ESTRELA, F.M.; SANTANA, J.D.; MOTA, R.S.; ERDMANN, A.R. Violência conjugal: repercussões para mulheres e filhas(os). *Esc. Anna Nery [online]*. 2017, vol.21, n.4, e20160346.
12. GROSSI, P.K.; COUTINHO, A.R.C.; BARROS, T.O.; CUNHA, M.; PICOLLI, G.Z.; GASPAROTTO, G.P.; et al. A rede de atendimento à mulher em situação de violência no meio rural: desafios para a intervenção profissional. *Anais do II SERPINF - Seminário Regional Políticas Públicas, Intersetorialidade e família: formação e intervenção profissional*, 2014, Brasil. Disponível em https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8150/2/evento_002%20-%20Patr%C3%ADcia%20Krieger%20Grossi.pdf
13. SAGOT, M. A rota crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos. In: MENEGHEL, S. N. (Org.). *Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência*. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 2007, p.23-50.
14. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.
15. GUIMARÃES, M.C.; PEDROZA, R.L.S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicologia & Sociedade*, 2015, v.27, n.2, p.256-266.
16. CERQUEIRA, D. et al. Atlas da Violência – 2019. Rio de Janeiro: Ipea/FBSP. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf. Acesso em: 13 set. 2019.
17. RIBEIRO, F.M.L.; OLIVEIRA, Q.B.M. Relações entre religião, saúde e violência. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. (Orgs.). *Novas e velhas faces da violência no século XXI: uma visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 311-320.
18. VIEIRA, L.B.; CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M.; SOUZA, I.E.O.; PAULA, C.C.; TERRA, M.G. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *Rev Bras Enferm*. 2014, n. 67, v. 3, p.366-72.
19. SCHENKER, M.; CONSTANTINO, P. Associação entre o uso de álcool e outras drogas e violência. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. (Orgs.). *Novas e velhas faces da violência no século XXI: uma visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 363-380.
20. NJAINE, K.; CECHETTO, F.R.; SANTOS, K.B.T. Violência, mídia e interfaces com a saúde. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. (Orgs.). *Novas e velhas faces da violência no século XXI: uma visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 297-310.
21. GUEDES, O.S.; DAROS, M.A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, 2009, v. 12, n.1, p. 122-134.
22. SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANCA-JUNIOR, I.; et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2002; v.36, n.4, p. 470-7.
23. SILVA, L.E.L.; OLIVEIRA, M.L.C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciênc. saúde coletiva*, 2015, v. 20, n. 11, p. 3523-3532.
24. DURAND, J.G.; SCHRAIBER, L.B.; FRANCA-JUNIOR, I.; BARROS, C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Rev. Saúde Pública*. 2011, v.45, n.2, p.355-364.

Violência doméstica e uso/abuso de álcool e outras drogas

Vanuse Maria Resende Braga
Ricardo Tavares
Janaína Bassan
Marina Ulhôa

Pedro Machado de Melo Romano
Luana Aparecida Moreira
Elza Machado de Melo

Resumo

Este capítulo aborda a violência doméstica e sua associação com o uso de álcool e outras drogas, a partir de inquérito domiciliar sobre Saúde e Violência -SAUVI, realizado no Município de Betim Gerais, utilizando questionário estruturado, respondido por homens e mulheres acima de 20 anos de idade, moradores dos domicílios incluídos na amostra. Foram realizadas análises bivariadas e análise de correspondência. Foi encontrada associação de violência doméstica com faixa etária e com uso de álcool, no segundo caso, para ambos os sexos.

Palavras-chave: *violência contra a mulher; álcool e drogas; inquérito domiciliar.*

Introdução

A violência é um grave problema de saúde pública que atinge toda a sociedade, estando sempre na pauta das discussões nos movimentos globais e agenda de saúde global.¹ O mundo vive hoje uma epidemia de violências, que junto aos acidentes, mata mais que guerras, ou quando não matam, incapacitam ou provocam lesões que demandam tratamento, afastamentos das atividades diárias causando sofrimento e dor. No Brasil, não é diferente, dados do DATASUS mostram que violências e acidentes constituem as maiores causas de morbimortalidade.²

A violência doméstica, definida como aquela executada por familiares, que moram ou não na mesma casa, constitui violação dos direitos, causando sofrimento físico, psíquico, biológico e social, que deixam marcas pois podem perpassar a vida dos envolvidos, atravessar gerações e causar danos e consequências de várias naturezas.^{3,1} O mapa da violência⁴ mostra que a residência é o local privilegiado de ocorrências de violência não letal para ambos os sexos, sendo significativamente superior para o sexo feminino, atingindo também crianças e idosos. Nesse tipo de violência, a vítima sofre um duplo abuso, a do ato violento e o da invasão de sua privacidade. O lugar de segurança, acolhimento e proteção torna-se o espaço de perpetração de violência.^{5,6}

O uso/abuso de álcool e outras drogas se associa com a violência, sendo importante fator a ser levado em conta pelas políticas de prevenção à violência. De diversas maneiras, drogas ilícitas, crime e desenvolvimento estão ligados um ao outro. A dependência de drogas é muitas vezes agravada pelo baixo desenvolvimento social e econômico, e o tráfico de drogas, junto com muitas outras formas de crime organizado transnacional, compromete o desenvolvimento humano.⁷

O ambiente familiar violento, a ausência de diálogo e o abuso de álcool e outras drogas se articulam segundo um ciclo vicioso. Este artigo pretende analisar o perfil de violência doméstica em Betim e os fatores associados, em especial, as variáveis sociodemográficas e o uso/abuso de álcool e outras drogas.

Metodologia

Este trabalho se insere dentro do Projeto de Pesquisa intitulado “SAUVI- Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência” que consiste de inquérito domiciliar realizado em Betim e Belo Horizonte, envolvendo todas as pessoas com 20 ou mais anos de idade residentes nos domicílios particulares permanentes.

Utilizou-se, no inquérito SAUVI, amostragem estratificada por conglomerados

em vários estágios, sendo o primeiro para selecionar os setores censitários por meio da amostragem com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) do número de domicílios no setor; o segundo para selecionar os domicílios por meio da amostragem sistemática e o terceiro para selecionar a pessoa que responderá o questionário. A unidade amostral primária foi o setor censitário, a secundária o domicílio e a terciária a pessoa que responderá o questionário. A seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade dentro da amostra, e se baseou nas tabelas de Kish (1965), disponibilizadas pelo Professor Emilio Suyama do Departamento de Estatística da UFMG. A amostra foi calculada com margem de erro máxima em 1,9% para a proporção de violência nos municípios e grau de confiança e 95%.

Foi utilizado como instrumento questionário geral organizado em blocos temáticos: condições sociodemográficas, saúde, trabalho, ambiência, ambiente, comportamentos, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária, violência urbana e violência autoinfligida. Para homens e mulheres com idade maior ou igual a 60 anos, foi acrescentado um bloco específico para idosos. Em domicílios onde havia adolescente, ele foi convidado a preencher um questionário, autoaplicável, especificamente elaborado para essa faixa etária.

O questionário foi elaborado por professores e mestrandos do Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, a partir da literatura sobre o tema e da adaptação de questionários, de uso público, já testados, como os utilizados pelo Ministério da Saúde, na Pesquisa Nacional de Saúde e pela OMS, para pesquisa sobre violência contra mulher. A primeira versão foi enviada para vários pesquisadores sobre o tema, solicitando que eles classificassem cada pergunta em: muito relevante, relevante, pouco relevante e irrelevante. Também foi solicitado a eles que fizessem as sugestões que julgassem importantes. Foram mantidas as perguntas avaliadas como muito relevantes e relevantes, por, no mínimo, 80 por cento dos pesquisadores. Foram incorporadas as sugestões retornadas desde que não contraditórias. Neste caso, elas eram enviadas a todos novamente, para que se fizesse a definição final. O modelo assim construído foi, posteriormente, submetido a três rodadas de teste, sendo entrevistadas, em cada rodada, aproximadamente, 30 pessoas, escolhidas aleatoriamente, no catálogo telefônico, para facilitar a marcação da entrevista. As entrevistas foram realizadas entre os anos de 2014 a 2016.

O presente estudo se refere ao município de Betim e utilizou as seguintes variáveis: sociodemográficas; as variáveis referentes ao uso e abuso de bebida alcoólica, uso de drogas, uso de medicamentos sem indicação terapêutica, uso de medicamentos para dormir e as variáveis referentes à violência doméstica. Foi construído indicador de violência doméstica composto pelo conjunto das variáveis mostradas no Quadro 1. As categorias (ou níveis) destas variáveis foram codificadas atribuindo-se os valores (1) sim e (-1) não. Esse

indicador IVD foi padronizado para que assumissem valores na escala 0-1.⁸

Foram realizadas análises bivariadas, utilizando o teste de qui-quadrado de homogeneidade. Foi realizada também Análise de Correspondência (AC) que é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados.^{9,10}

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o número CAAE 02235212.2.0000.5149. Todos entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Quadro 1- Variáveis de composição do indicador e suas respectivas contribuições.

| Indicador | Variáveis (X _s) | Contribuição (C _j) |
|---|--|--------------------------------|
| Indicador de Violência Doméstica (IVD) | X19 A violência que você relatou ocorreu no domicílio?* | 1 |
| | X20 Quem o agrediu fisicamente? Pai | 1 |
| | X21 Quem o agrediu fisicamente? Mãe | 1 |
| | X22 Quem o agrediu fisicamente? Irmão(a) | 1 |
| | X23 Quem o agrediu fisicamente? Filho(a) | 1 |
| | X24 Quem o agrediu fisicamente? Padrasto | 1 |
| | X25 Quem o agrediu fisicamente? Madrasta | 1 |
| | X26 Quem o agrediu fisicamente? Parceiro(a); esposo(a) | 1 |
| | X27 Quem o agrediu verbal, moral/psicologicamente? Pai | 1 |
| | X28 Quem o agrediu verbal, moral/psicologicamente? Mãe | 1 |
| | X29 Quem o agrediu verbal, moral ou psicologicamente? Irmão(a) | 1 |
| | X30 Quem o agrediu verbal, moral ou psicologicamente? Filho(a) | 1 |
| | X31 Quem o agrediu verbal, moral ou psicologicamente? Padrasto | 1 |
| | X32 Quem o agrediu verbal, moral ou psicologicamente? Madrasta | 1 |
| | X33 Quem o agrediu verbal, moral ou psicologicamente? Parceiro(a); esposo(a) | 1 |
| | X34 Quem o (a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual: Pai/ Mãe | 1 |
| | X35 Quem o (a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual: Padrasto/Madrasta | 1 |
| | X36 Quem o (a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual: Irmão(a) | 1 |
| X37 Quem o (a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual: Filho(a) | 1 | |
| X38 Quem o (a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual: Parceiro (a) | 1 | |

Resultados

Participaram do inquérito 1129 pessoas, sendo 61,1% (n=690) de mulheres e 38,9% (n=439) de homens, sendo a maioria das faixas etárias de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos que representam em conjunto 65% do total. Participantes de 60

anos ou mais constituem 16,7% do total. Do ponto de vista da escolaridade predomina o ensino médio (33,6%), seguido pelos participantes que têm ensino fundamental incompleto (30,9%) e ensino fundamental completo (26,7%). Os participantes em sua maioria são casados (46,1%), de cor parda (55,2%) e inserida em trabalho informal (42,4%), com renda individual de um a três salários mínimos (45,7%) e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (37,4%). A ocorrência de violência doméstica foi de 7,1% (n=80).

A Tabela 1 mostra a análise bivariada das variáveis sociodemográficas e ocorrência de violência.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico segundo ocorrência ou não de violência doméstica

| Variáveis sócio demográficas | | Sofreu violência doméstica? | | | | Valor p* |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------|-------------|--------------|---------------|
| | | Sim* | | Não | | |
| | | n | % | n | % | |
| Sexo | Masculino | 15 | 18,8 | 424 | 40,4 | |
| | Feminino | 65 | 81,3 | 625 | 59,6 | |
| Faixa etária | 20 I---- 29 | 22 | 27,5 | 219 | 20,9 | 0,0002 |
| | 30 I---- 39 | 21 | 26,3 | 247 | 23,5 | |
| | 40 I---- 49 | 17 | 21,3 | 204 | 19,4 | |
| | 50 I---- 59 | 13 | 16,3 | 186 | 17,7 | |
| | 60 ou + | 6 | 7,5 | 183 | 17,4 | |
| | Não informado | 1 | 1,3 | 10 | 1,0 | |
| Escolaridade | Sem Ensino Fundamental | 22 | 27,5 | 327 | 31,2 | 0,1725 |
| | Ensino Fundamental | 20 | 25,0 | 282 | 26,9 | |
| | Ensino Médio | 32 | 40,0 | 347 | 33,1 | |
| | Ensino Superior | 4 | 5,0 | 61 | 5,8 | |
| | Pós-graduação | 2 | 2,5 | 23 | 2,2 | |
| | Não informado | 0 | 0,0 | 9 | 0,9 | |
| Estado civil | Casado | 30 | 37,5 | 490 | 46,7 | 0,8117 |
| | Solteiro | 25 | 31,3 | 242 | 23,1 | |
| | Viúvo | 4 | 5,0 | 100 | 9,5 | |
| | União estável (amasiado, amigado) | 10 | 12,5 | 132 | 12,6 | |
| | Separado/divorciado | 11 | 13,8 | 84 | 8,0 | |
| | Não informado | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | |
| Cor / Raça | Branca | 18 | 22,5 | 285 | 27,2 | 0,0902 |
| | Negra | 11 | 13,8 | 129 | 12,3 | |
| | Amarela | 6 | 7,5 | 49 | 4,7 | |
| | Parda | 45 | 56,3 | 578 | 55,1 | |
| | Indígena | 0 | 0,0 | 8 | 0,8 | |
| Renda familiar (SM =R\$724,00) | Ninguém possui renda na família | 4 | 5,0 | 16 | 1,5 | 0,0260 |
| | Até um salário mínimo | 14 | 17,5 | 173 | 16,5 | |
| | Mais de 1 a 2 salários mínimos | 33 | 41,3 | 389 | 37,1 | |
| | Mais de 2 a 5 salários mínimos. | 23 | 28,8 | 370 | 35,3 | |
| | Mais de 5 a 10 salários mínimos | 2 | 2,5 | 80 | 7,6 | |
| | Mais de 10 a 20 salários | 3 | 3,8 | 16 | 1,5 | |
| | Mais de 20 salários | 1 | 1,3 | 2 | 0,2 | |
| | Não informado | 0 | 0,0 | 3 | 0,3 | |
| | Total | 80 | 100,0 | 1049 | 100,0 | |

* Teste Qui-quadrado de homogeneidade

Observa-se que a maioria dos casos de violência doméstica envolve o sexo feminino (81,3%), na faixa etária de 20-29 anos (27,5%) seguida pela faixa etária de 30-39 anos (26,3%) e de 40-49 anos (21,3%); com ensino médio (40,0%) seguido por ensino fundamental incompleto (27,5%); casado (37, 5%); cor parda (56,3%) e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (46,2%). A violência aparece, embora com frequências diferentes, em todos os níveis das variáveis: casados e não casados; todas as faixas etárias; todas as raças/cores; todas as rendas. Houve associação estatisticamente significativa apenas das variáveis sexo ($p=0,0002$) e renda familiar ($p=0,02$) com violência doméstica. A violência aparece em todos os níveis de todas as variáveis:

A Tabela 2 mostra a frequência do uso de drogas lícitas e ilícitas e a distribuição segundo a presença de violência doméstica. Observa-se que a maior frequência se refere ao uso de medicamentos sem indicação terapêutica (31,6%) seguido de uso de álcool (28,3%). Foi encontrada associação estatisticamente significativa da presença de violência doméstica apenas com o uso de medicamentos sem indicação terapêutica e uso de medicamentos para dormir.

Tabela 2: Uso de drogas lícitas e ilícitas e distribuição segundo violência doméstica

| Variáveis | Sofreu violência doméstica? | | | | Total | | Valor p | |
|---|-----------------------------|-----------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--|
| | Sim | | Não | | N | % | | |
| | N | % | N | % | | | | |
| Usa droga ilícita? | | | | | | | | |
| Não | 78 | 97,5 | 1025 | 97,7 | 1103 | 97,7 | 1,0000 | |
| Sim | 2 | 2,5 | 21 | 2,0 | 23 | 2,0 | | |
| NI | 0 | 0,0 | 3 | 0,3 | 3 | 0,3 | | |
| Usa medicamento sem indicação terapêutica? | | | | | | | | |
| Não | 46 | 57,5 | 725 | 69,1 | 771 | 68,3 | 0,0413 | |
| Sim | 34 | 42,5 | 323 | 30,8 | 357 | 31,6 | | |
| NI | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 | | |
| Usa algum medicamento para dormir? | | | | | | | | |
| Sim | 20 | 25,0 | 78 | 7,4 | 98 | 8,7 | 0,0001 | |
| Não | 33 | 41,3 | 434 | 41,4 | 467 | 41,4 | | |
| NI | 27 | 33,8 | 537 | 51,2 | 564 | 50,0 | | |
| Ingere bebida alcoólica? | | | | | | | | |
| Sim | 29 | 36,3 | 290 | 27,6 | 319 | 28,3 | 0,2888 | |
| Não | 46 | 57,5 | 671 | 64,0 | 717 | 63,5 | | |
| Já bebi | 5 | 6,3 | 75 | 7,1 | 80 | 7,1 | | |
| NI | 0 | 0,0 | 13 | 1,2 | 13 | 1,2 | | |
| Total | Total | 80 | 100,0 | 1049 | 100,0 | 1129 | 100,0 | |

NI: não informado.

A Figura 1 apresenta o mapa de correspondência entre sexo, indicadores de violência doméstica (IVD) e drogas lícitas/ilícitas. Para leitura do mapa, devem ser analisadas as Tabelas a e b, anexas a ele, que indicam em que dimensão serão analisados os perfis

de linha (sexo e IVD) e de coluna (drogas lícitas e ilícitas), sendo dimensão 1 horizontal e, 2 vertical. Em ambas, revela-se melhor representação de todos os níveis na dimensão 1 (em negrito), com exceção do nível 'Bebida alcoólica' que é melhor representado na dimensão 2 (em negrito).

Com base na Figura 1, verifica-se uma associação maior entre os entrevistados que afirmaram fazer uso de bebida alcoólica e aqueles que tiveram um indicador de violência doméstica alto, independente do sexo. As respostas daqueles que tomavam medicamentos estão mais associadas com os entrevistados do sexo masculino e com indicador de violência doméstica baixo. Por outro lado, os entrevistados do sexo feminino e com indicador de violência doméstica baixo se associaram mais com o uso de drogas ilícitas.

A Figura 2 apresenta o mapa de correspondência entre os agressores e os tipos de violência doméstica. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (Agressores: Pai/Mãe, Padrastro/Madrastra, Irmão, Filho, Parceiro) e dos perfis coluna (Natureza da violência doméstica: Física, Moral/Psicológica, Sexual) devem ser analisadas as Tabelas 5 e 6. A Tabela 5, referente aos agressores, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito). A Tabela 6, referente à natureza da violência doméstica, revela uma melhor representação de seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível 'física' que é melhor representado na dimensão 2 (em negrito).

Com base na Figura 2, verifica-se uma associação maior entre os agressores 'padrastro/madrasta' e a natureza da violência 'sexual'. As respostas sobre a natureza da violência 'física' estão mais associadas com os agressores 'parceiro' e 'pai/mãe'. Outras associações observadas nessa análise de correspondência foram natureza da violência 'moral/psicológica' com os agressores 'parceiro' e 'irmão' e de forma mais fraca com o agressor 'filho'.

Violência doméstica: um problema grave

Neste trabalho, a violência doméstica, com frequências diferentes, é verdade e apesar da concentração em determinados estratos, aparece em todos os níveis das variáveis estudadas, homens e mulheres, casados e não casados, cor branca, preta, parda e amarela; escolaridade maior ou menor, renda alta ou baixa, o que demonstra sua disseminação, gravidade e persistência. Nos Estados Unidos, mesmo após a Lei de Violência contra a Mulher, que designa a violência de gênero como crime e, ao mesmo tempo, amplia o leque de proteção e de mulheres protegidas, a violência vem aumentando significativamente, como mostra a Pesquisa Nacional de Vitimização de Crimes de 2018.¹²

Segundo Sarlet,¹⁴ no Brasil, a realidade cotidiana da violência doméstica e familiar mostra que os mais afetados são as mulheres, crianças e grupos socialmente vulneráveis, reflexo do desrespeito aos direitos e à proteção que vêm do sistema patriarcal ainda

Figura 1: Mapa de correspondência entre os níveis de sexo/violência doméstica e drogas lícitas/ilícitas, com tabelas anexas

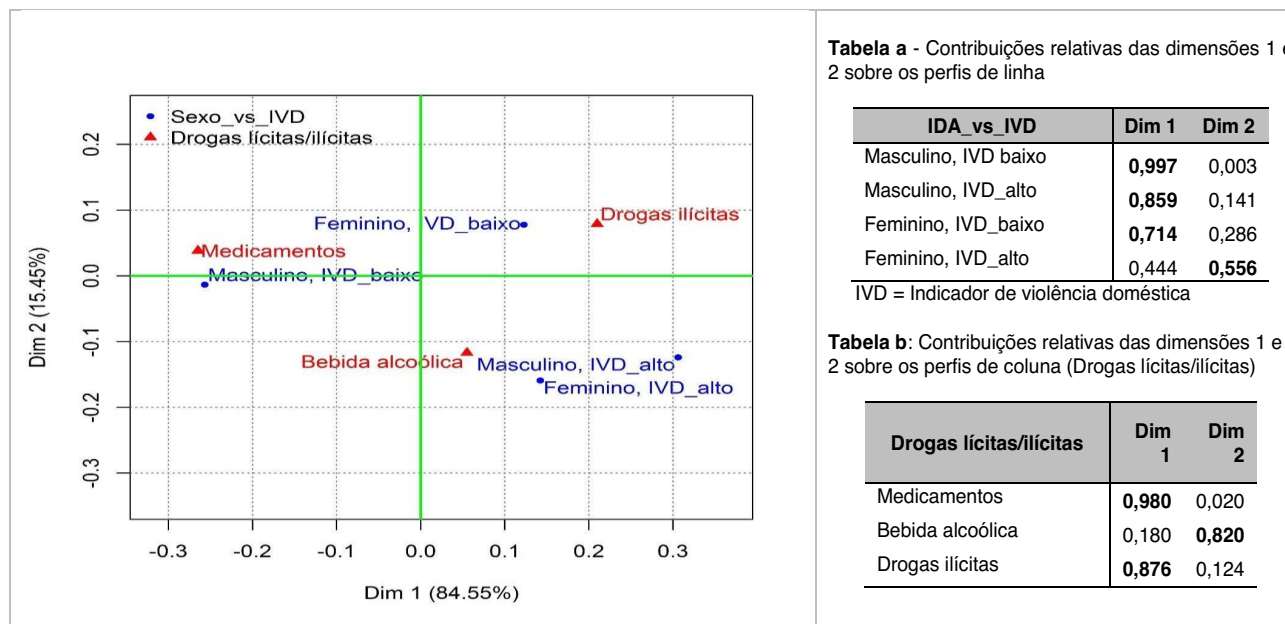
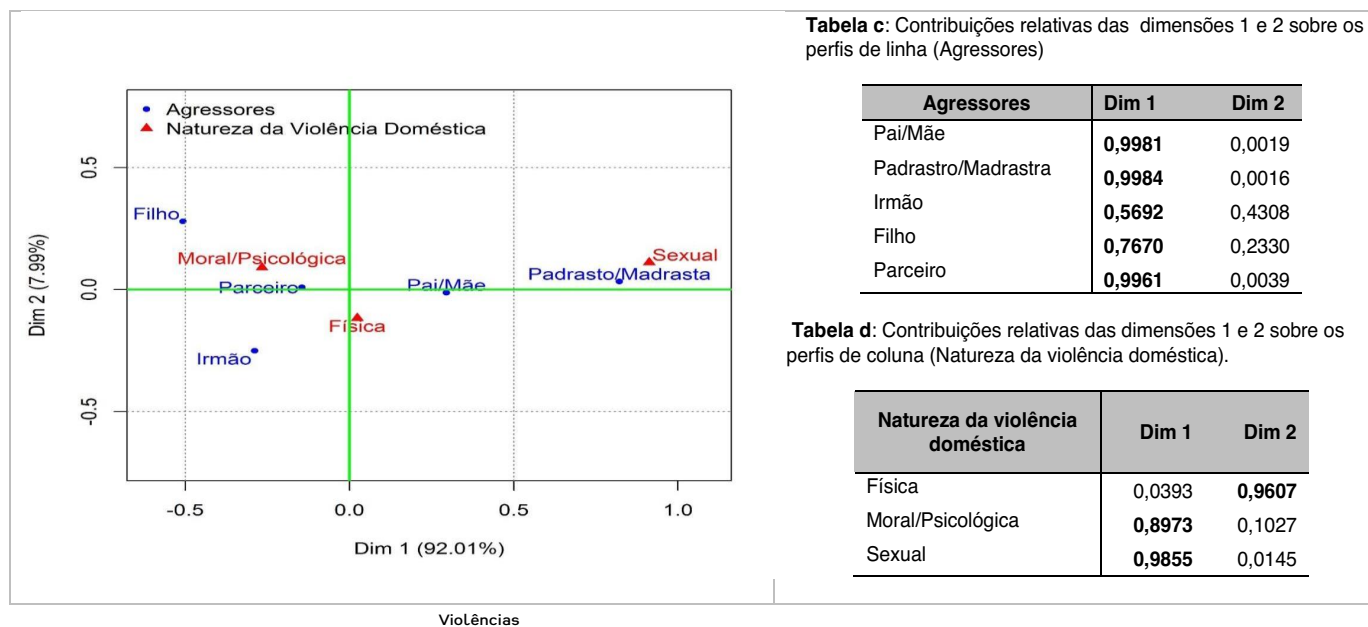


Figura 2 – Mapa de correspondência entre os agressores e a natureza da violência doméstica, com tabelas orientadoras anexas.



enraizado pela condição de ex-colônia.¹⁴ O conceito família ainda tem a cultura de punição, geralmente pelo “homem da casa” que vê as mulheres e crianças como inferiores a ele e pratica castigos com violência física e psicológica tornando um ciclo vicioso no qual as crianças aprendem reproduzem as violências nos seus relacionamentos futuros.¹⁴

O mapa da violência⁴ mostra que a residência é o local privilegiado de ocorrências de violência não letal para ambos os sexos. Além disso, como já foi dito, o abuso é duplo, pois a violência é perpetrada por quem deveria oferecer proteção.^{5,6} Diante disso, é necessário um olhar profundo sobre a questão da violência doméstica pois ela toma a forma de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômicos ou patrimoniais e se transformar em um grande desafio para os profissionais de saúde.³ Incluir a violência na pauta da saúde se faz necessário diante da certeza que é possível preveni-la e que os gastos ocorridos em sua prevenção são bem menores do que os gastos para a recuperação dos danos causados por ela.²

Observou-se que a frequência de violência contra a mulher é muito maior do que entre homens, o que se expressa também nas notificações ao sistema de vigilância de violência e acidentes (VIVA), segundo o qual para 75% dos casos de violência contra a mulher os agressores foram familiares ou conhecidos, e 39,7% das mulheres relataram ter sofrido violência de repetição.^{15 16} Também no Mapa da Violência, verifica-se distribuição da violência significativamente superior para o sexo feminino, atingindo também crianças e idosos.

No entanto, a magnitude dos achados do presente trabalho é menor do que aquela relatada por Redondo,¹⁷ a partir dados referenciados pela Anistia Internacional, em que “pelo menos uma em cada três mulheres foram espancadas, forçadas a ter relações sexuais, ou abusadas de alguma forma em suas vidas,” e do que os dados da OMS, que afirma que pelo menos um terço das mulheres já sofreram alguma violência doméstica. (OMS, 2017) Esse fato poderia ser explicado em razão de as entrevistas terem sido feitas no espaço doméstico, sendo, algumas vezes, difícil driblar a presença do agressor ou de alguém ligado a ele, embora cuidados em garantir a privacidade tenham sido tomados. Muitas vezes, a própria mulher convida outros membros da família para participarem. De todo modo, o silêncio das vítimas, com a consequente subnotificação, é uma realidade, as mulheres não denunciam na maioria das vezes por medo, por temerem a reação do agressor ou por medo de que ele realmente seja penalizado ou preso.³

Alguns estudos¹⁷ têm focado na prevalência da violência doméstica exercida também contra homens e em relacionamentos homossexuais, com prevalências equivalentes para a violência perpetrada tanto por homens quanto por mulheres. Por outro lado, pondera-se que, quando a violência perpetrada por mulheres, na maioria das vezes, acontece em situações de autodefesa.¹⁸ Também no caso de ser vítima o homem, há subnotificação,

nesse caso, o motivo do silêncio pode ser por vergonha, o que ademais aparece como motivo de silêncio da mulher vítima de violência doméstica.^{17,18,19}

A distribuição da violência na faixa etária acima dos 60 anos apresentou baixa frequência, o que está em desacordo com a literatura, que aponta que os idosos são vítimas de diferentes tipos de violência, abuso físico, maus tratos, violência psicológica, sexual, abandono, negligência, sendo uma das formas mais presentes no país, em especial, aquelas perpetradas por familiares e cuidadores formais.^{20,17} Estudo utilizando dados de várias regiões do mundo, incluindo países de baixa e média renda, estimou que, em 2016, cerca de 16% das pessoas idosas sofreram algum tipo de violência.¹⁷ No Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), no ano de 2014, foram notificados 12.297 casos de violência contra a pessoa idosa no Brasil, sendo 43,7% de repetição. Dentre os tipos de abuso encontrados, 64,0% foram de violência física/sexual, 28,2% psicológica/moral, 26,4% negligência/abandono e 7,4% financeira, sendo, grande parte delas, praticadas pelos filhos das vítimas.²¹ Estudo realizado no Brasil, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), mostrou que estão associados à violência física entre idosos do sexo masculino, ter idade entre 60 e 69 anos, ocorrência no domicílio, agressores que não eram os filhos e suspeita de uso de bebida alcoólica. Em relação à violência psicológica, mostrou associação ao sexo feminino, ocorrências no domicílio, agressor ser o próprio filho e suspeita de uso de bebida alcoólica pelos agressores. A negligência predominou no sexo feminino a partir de 70 anos, ocorrido no domicílio e praticada pelos filhos. Para a violência sexual foram o sexo feminino, agressores desconhecidos e suspeita de uso de bebida alcoólica.²²

Fatores socioeconômicos são relevantes, sendo conhecida a associação entre violência e pobreza, consideradas como consequência das desigualdades e da exclusão sociais. Em estudo realizado por Brasileiro e Melo,²³ 55,8% dos agressores apresentaram escolaridade de até o nível médio e ocupações de baixa renda, como pedreiros, comerciantes, operadores de máquinas e serviços gerais.²³ Outros estudos mostram perfis de agressores semelhantes,²⁴ agregando-se também o uso de álcool.²⁵ A compreensão dos perfis dos agressores pode contribuir para o desenvolvimento de medidas de prevenção de violência, mesmo considerando que agressores não formem um grupo homogêneo.^{23, 26}

Uso de drogas e violência doméstica

A análise de correspondência mostrou associação entre o abuso de drogas e a violência doméstica, em consonância com a literatura, pois o álcool é a droga psicoativa mais usada na maioria dos países, tanto para a celebração quanto para o sofrimento, pois libera as inibições^{27,28} e vários autores relatam a associação da violência doméstica com o uso/abuso de álcool e outras drogas. Estima-se que o uso de substâncias psicoativas pode estar associado em até 92% dos casos de violência doméstica. E com relação a violência

sexual estima-se que que o uso do álcool pode estar associado em até 50% dos casos.^{7,29} Outras pesquisas ressaltam que a violência doméstica esteve associada ao padrão de consumo de álcool, tanto em vítimas como em agressores.³⁰

Segundo dados divulgados no portal de notícias do Senado Federal, em uma pesquisa realizada pela central de atendimento pelo telefone em 2015, nos meses de junho e julho, bebidas alcoólicas e ciúmes representam os principais agentes associados a violência doméstica e familiar contra mulheres.²³

O uso do álcool e ou drogas ilícitas aparecem como motivo desencadeador da agressão física entre parceiros íntimos. O fato de o familiar estar alcoolizado é justificado como motivo para a agressão e ao mesmo tempo aparece como uma forma de ‘banalizar’ a agressão, pelo fato do agressor está sob efeito de alguma substância e não tinha consciência do ato. Além disso, o uso do álcool aparece também pela vítima como uma forma de amenizar as dores causadas pela violência. O álcool então aparece em uma complexa rede de causa e consequência, servindo muitas como motivo desencadeador e outras vezes usado como uma ‘anestesia’ para a dor causada.^{15,31} Estudo transversal realizado com usuárias na atenção primária aponta que o consumo de drogas pelo parceiro aumentou o índice de violência e que os parceiros sob o efeito de drogas cometeram pelo menos três vezes mais atos de violência contra suas parceiras.³²

Na violência doméstica contra crianças e adolescentes a presença do álcool/droga entre os pais/agressores também aparecem em alguns estudos estimulando agressões e negligências.³³ Outro fato que merece nossa atenção é que presenciar violência e abuso de álcool e outras drogas na infância associados a outros fatores de risco pode favorecer a comportamentos violentos na fase adulto ou compreender a violência como uma forma de relacionamento.^{6,19}

No que se refere ao idoso observa-se a presença do uso do álcool e das drogas como um fator de desencadeamento da violência.³³ Além disso, estudos também têm demonstrado a associação entre o uso/abuso de álcool e outras drogas, exposição à violência como desencadeadores de transtornos mentais. A exposição a repetidos eventos traumáticos tem sido associada ao uso de álcool e outras drogas.³⁴

Considerações finais

A violência doméstica atinge grande parte da nossa sociedade, as consequências para as vidas das pessoas que sofrem diretamente esta violência ou que estão próximas deixam sequelas para toda a vida.

As mulheres são as maiores vítimas da violência doméstica, enquanto os homens

vivenciam mais violência na rua. A violência que atinge os homens é mais brutal e acaba por eliminar a própria vida.

Idosos são vítimas de violência sendo que a maioria das violências acontecem dentro de casa, em grande parte pelos próprios filhos. São vítimas de abandono, negligência dentre outras formas.

A violência muitas vezes é cometida pelo efeito do álcool e da droga, mas as vítimas em muitos casos também fazem uso, principalmente do álcool na tentativa de amenizar a dor sofrida. Crianças que crescem em um ambiente onde o abuso de álcool e droga estão presentes podem se tornar adultos abusadores. Romper com esse ciclo vicioso talvez seja nosso grande desafio. Cessar a violência na infância pode ser como diz o velho ditado: 'cortar o mal pela raiz'. Se a associação do álcool e da droga pode de alguma forma favorecer a violência, é necessário ampliar e divulgar formas de tratamento que não excluam o alcoolista e o dependente químico rompendo assim um ciclo de repetições álcool/droga/violência/álcool/droga.

Referências

1. ZANCAN, N. et al. **A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas**. Pensando fam., Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 63-76, jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100007> Acesso em: 14 fev. 2021.
2. KRUG E.G. et al., eds. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
3. LIMA, G.Q. **História de Vida e escolha conjugal em mulheres que sofrem violência doméstica**. 2010. 95p. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia) Departamento de Psicologia, PUC/RS. Porto Alegre. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10923/4788>
4. WAISELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil**. 1. ed. Brasília: All Type Assessoria Editorial Ltda, 2015. 83p. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
5. SCHRAIBER, L. et al. **Violência vivida: a dor que não tem nome**. Interface, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, feb. 2003: Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
6. STENZEL, G.Q.L. **História de vida e características de personalidade de agressores conjugais: um olhar psicanalítico**. 2014. 38 p. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia) Departamento de Psicologia, PUC/RS. Porto Alegre. Disponível em: Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/7014>
7. SILVA, V.A. et al. Violência doméstica contra idosos: agressões praticadas por pessoas com sofrimento mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 523-31, 30 set. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/12953>
8. WITTKOWSKI, K. M., LEE, E., NUSSBAUM, R., CHAMIAN, F. N., KRUEGER, J. G. Combining several ordinal measures in clinical studies. **Statistics in medicine**, n. 23, p. 1579–1592. <https://doi.org/10.1002/sim.1778>
9. GREENACRE, M.J. **Theory and applications of correspondence analysis**. Londres: Academic

Press, 1984.

10. GREENACRE, M.J. **Correspondence analysis in practice**. 2 ed. Chapman & Hall/CRC, 2007.
11. ADAY, T. The Effectiveness of the Violence against Women Act (VAWA) in Creating System-Level Change. **SPNHA Review**, v. 11, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://scholarworks.gvsu.edu/spnhareview/vol11/iss1/3>>. Acesso em: 15 fev. 2021.
12. MODI, M.N.; PALMER, S.; ARMSTRONG, A. The Role of Violence Against Women Act in Addressing Intimate Partner Violence: A Public Health Issue. **Journal of Women's Health**, v. 23, n. 3, 2014. Disponível em: < <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2013.4387>>. Acesso em: 15 fev. 2021. <http://doi.org/10.1089/jwh.2013.4387>
13. U.S. Department of Justice. **Criminal Victimization**. 2018. Disponível em: < <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/cv18.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.
14. SARLET, G.B.S.; FARIAS, A.D. A violência doméstica e familiar à luz da obra “Hibisco roxo” e do “Caso Maria da Penha vs. Brasil”. **ANAMORPHOSIS - Revista Internacional de Direito e Literatura**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 275-302, jun. 2020. ISSN 2446-8088. Disponível em: <<https://rdl.org.br/seer/index.php/anamps/article/view/655>>. Acesso em: 15 fev. 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.21119/anamps.61.275-302>.
15. GARCIA, L.P. et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000400704&script=sci_abstract&tlng=pt
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: 2013.
17. REDONDO, J. **Sem violência doméstica: Uma experiência de trabalho em rede**. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro, 2012. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/36514/1/Viol%C3%Aancia%20dom%C3%A9stica%20e%20interven%C3%A7%C3%A3o%20em%20rede%20secund%C3%A1ria%20Porqu%C3%AA%20e%20para%20qu%C3%AA.pdf>.
18. LINDNER, S.R. et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 815-826, Apr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400815&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00159913>.
19. BITTAR, D.B.; NAKANO, A.M.S. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicod dependentes no contexto da família de origem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 17-24, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100002>.
20. DUQUE, A.M. et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2199-2208, Aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800030>.
21. PLASSA, B.O. et al. Fluxograma descritor no atendimento à pessoa idosa vítima de violência: uma perspectiva interdisciplinar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20180021, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400222&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0021>.
22. ANDRADE, Fabiana Martins Dias de et al. Perfil dos atendimentos por violência contra idosos em serviços de urgência e emergência: análise do VIVA Inquérito 2017. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 1, e200008.SUPL.1, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000200406&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200008.supl.1>.

23. BRASILEIRO, A.E.; MELO, M.B. Agressores na violência doméstica: um estudo do perfil sociojurídico. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 189-208, 2016.
24. LEÔNICIO, K.L.; BALDO P.L.; JOÃO, V.M.; BIFFI, R.G. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev. Enferm.**, v.16, n.3. 2008. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a02.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2021.
25. MADUREIRA, A.B. et al. Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 600-606, dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400600&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140085>.
26. GEDRAT, D.C.; SILVEIRA, E.F.; ALMEIDA NETO, H. Perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica: uma expressão da questão social brasileira. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 138, p. 342-358, Aug. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282020000200342&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021.
27. TONDOWSKI, C.S. Padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: Um estudo com genograma. 2008. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/24179>. Acesso em: 13 fev. 2021.
28. TONDOWSKI, C.S. et al. Intergenerational patterns of family violence related to alcohol abuse: a genogram-based study. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 806-814, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722014000400806&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427421>.
29. ZILBERMAN, M.L.; BLUME, S.B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, supl. 2, p. s-51s55, out. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000600004>.
30. OLIVEIRA, J.B. **Gênero, cultura e violência/ vitimização associadas ao álcool**: um estudo no município de São Paulo. Violência entre casais, abuso sexual e consumo de álcool. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-20102010-215138/publico/dissertacao.pdf> Acesso em: 14 fev. 2021. doi:10.11606/D.17.2007.tde-20102010-21513.
31. GAMA, I.S.; BEZZERRA FILHO, J.G.; SILVA, J.G.; VIEIRA, E.O. Fatores associados à violência física denunciada por mulheres. *J Health Biol Sci*, n.2, vol.4, p. 168-175, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/105/74>. Acesso em: 14 fev. 2021.
32. LEITE, F.M.C. et al . Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 22, e2019_190056. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100455&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190056>.
33. SILVA, D.I.; MAFTUM, M.A.; MAZZA, V.A. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1087-1094, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401087&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001700013>.
34. MOREIRA, F. G.; et al. Revictimization of Violence Suffered by Those Diagnosed with Alcohol Dependence in the General Population. **Biomed Res Int**, v. 2015, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/805424/>. Acesso em: 14 fev. 2021.

Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher: Registros de Ocorrências traçam o perfil e a violência praticada contra a mulher

Filipe da Silva
Daniele Rodrigues Souza Carmona
Heliane Anghinetti
Sonia Lopes Siqueira

Marcos Ferreira Benedito
Ricardo Tavares
Myrian Celani

Resumo

Trata-se de estudo transversal de natureza quantitativa, com o objetivo de caracterizar a violência doméstica contra a mulher, utilizando dados secundários gerados pelo Boletim de Ocorrência- Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) de violência doméstica contra a mulher no município de Contagem/MG e pelo registro de acolhimento gerado pelo Profissional de Serviço Social da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) do mesmo município. Foi realizada análise descritiva das principais características dos atendimentos, por meio de distribuição de frequência simples e da comparação entre os dois bancos. Os violentadores em sua maioria são pessoas as quais a vítima mantém ou mantinha íntima relação afetiva. Dentre as violências sofridas, destacam-se expressivamente as violências físicas e psicológicas.

Palavras-chave: *Violência contra a mulher; Violência doméstica; Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher; Serviço Social.*

Introdução

A violência contra a mulher é histórica e de difícil conceituação. Ela é altamente complexa, multifacetada e com múltiplos determinantes que nos levam à desigualdade entre homens e mulheres, construídas historicamente pelo patriarcado, androcentrismo, heteronormatividade e pelas relações de poder, hierarquia e subordinação pautadas no gênero ^{1, 6}. A violência contra mulheres tem sido enfrentada como um problema de saúde pública, sendo um fenômeno mundial, de grande expressão e com graves sequelas e consequências que não raramente culminam com a morte das vítimas ^{6, 7}.

De acordo com o Diagnóstico de Violência Doméstica e Familiar nas Regiões Integradas de Segurança Pública (RISP) de Minas Gerais (2019) com informações extraídas com base na natureza de crime dada ao Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) no momento de sua lavratura, no período de 2016 a 2018, foram elaborados 437.044 boletins de ocorrências de violência doméstica, sendo que 446 mulheres foram vítimas de feminicídio e 854 sofreram tentativa deste crime. Estes números mostram quanto a violência doméstica contra a mulher e o feminicídio são um problema social grave e, até hoje, ainda marcado pelo patriarcalismo e pela desigualdade entre os gêneros.

Esse tipo de violência não se tornou um problema para a sociedade contemporânea de uma forma rápida e natural; ao contrário, foi fruto de uma operação de interesses envolvendo atores e instituições que, conjuntamente, deram visibilidade a este fenômeno. Desta forma, pode-se dizer que a organização em prol da defesa e garantia de direitos das mulheres em situação de violência foi construída, definida socialmente. A definição coletiva de um problema social é processual e compreende alguns estágios, a saber: 1) a emergência do problema; 2) sua legitimação; 3) a ação mobilizadora; 4) a formação de um plano de ação oficial e 5) a implementação deste plano ⁸. Estas etapas descritas nos estudos de Blumer podem ser identificadas e ilustradas em todo o processo de luta pela igualdade de direitos das mulheres, que ocorreu na maioria das sociedades ocidentais ⁸. Tratava-se primeiramente, do surgimento da percepção da mulher sobre si mesma como alguém portadora de direitos, alguém que poderia reivindicar o status de “protagonista” e não de coadjuvantes. Especificamente no caso brasileiro, esta percepção ganhou corpo, ganhou legitimidade, com a ação do movimento feminista ao denunciar os crimes cometidos contra as mulheres.

À medida que adquiriram consciência (e este é um processo histórico, demanda tempo e eventos concretos) de seu próprio valor, passaram a entender que os abusos físicos que sofriam não poderiam ser mais tolerados. Daí, começou-se uma verdadeira ação mobilizadora, com a organização de conferências, pactos e convenções para a discussão dos direitos das mulheres. Destacam-se a Convenção Interamericana Sobre a Concessão dos Direitos Civis à Mulher (Bogotá, Colômbia, 1948); a Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher (Nova York, EUA, 1953); a Convenção Americana dos Direitos Humanos de São José (São José, Costa Rica, 1969); a Convenção Americana de Direitos

Humanos (1969); a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1966); a Convenção Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher - CEDAW (1979); a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará (1994)^{9, 10, 11}. Nesta última, definiu-se a violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado”²⁰ Ainda sobre este assunto, a Organização das Nações Unidas realizou quatro conferências internacionais sobre a mulher (Cidade do México, México, 1975; Copenhague, Dinamarca, 1980; Nairóbi, Quênia, 1985; IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing/Pequim, China, 1995) e três Conferências nacionais em Brasília, nos anos 2004, 2007 e 2011, respectivamente.^{10 11}

Quanto a criação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), elas surgiram em decorrência do contexto político de redemocratização do país e como resposta do poder público às reivindicações do Movimento Feminista brasileiro que, juntamente com os órgãos públicos, contribuiu na elaboração do projeto. O resultado foi uma delegacia cuja equipe era composta majoritariamente por mulheres e cujo objetivo era acolher as denúncias de violência doméstica e de abuso sexual¹⁰.

As DEAMs criadas em 1985, são genuinamente brasileiras e inicialmente tinham o nome de Delegacia de Defesa da Mulher. A primeira foi implantada na cidade de São Paulo (SP) no mês de agosto; em novembro, em Recife (PE); em julho do ano seguinte seria a vez do Rio de Janeiro^{9,10,11}. Anteriormente à criação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), os crimes cometidos contra mulheres nas relações conjugais eram denunciados nas “delegacias comuns” e, apesar de estarem contemplados nos títulos do Código Penal Brasileiro (1940), eram considerados como problema de ordem privada, a ser resolvido apenas no âmbito da própria família envolvida, sem a necessidade de tipificar como crime¹⁸.

Atualmente, as DEAMs fazem parte da estrutura da Polícia Civil, tendo, portanto, como função primordial desenvolver as atividades de polícia judiciária como: registrar ocorrências policiais, realizar investigações, reunir provas, apurar responsabilidades e funcionar como órgão de apoio ao Sistema de Justiça Criminal^{9,10,11}.

A promulgação da Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, no ano de 2006, também resulta dos avanços da conscientização da violência contra a mulher. Esta Lei trouxe maior significado ao conceito de violência doméstica, afirmando que ela não se limita apenas no âmbito da unidade doméstica ou familiar, que envolve qualquer relação de vínculo com o agressor, seja ele atual ou do passado, bem como amplia o conceito de família para além da instituição jurídica estabelecida por meio do casamento ou união estável entre homens e mulheres, reconhecendo e amparando as relações homoafetivas. Instituiu, ainda, medidas para prevenir a violência contra a mulher (Art. 08º) e Medidas Protetivas de Urgência (Arts. 22, 23 e 24) a fim de resguardar a integridade física e emocional das vítimas.

A Lei Maria da Penha possui aspectos de natureza civil e natureza criminal, demonstrada nos incisos do Art. 07º, no rol exemplificativo de cinco tipos de violência doméstica contra a mulher, abrangendo além das violências física e psicológica, também a patrimonial, a moral e a sexual ¹².

Outra inovação trazida pela Lei Maria da Penha é a inaplicabilidade da Lei 9.099/95 (Lei de Juizados Especiais) que, segundo Coelho (2018)¹², classificava a violência contra a mulher como crime de menor potencial ofensivo, definindo a competência aos Juizados Especiais Cíveis e Criminais para processar e julgar os casos de ameaças, vias de fato, lesão corporal leve, injúria, calúnia e fatos típicos do cotidiano, sendo aplicada pena máxima de dois anos de reclusão, podendo ser substituída por penas restritivas de direitos, nos termos do Art. 44 do Código Penal de 1940, caso o acusado seja primário, ou, na maioria das vezes, penas alternativas, como pagamento de cestas básicas, multas ou prestação de serviço.

Dessa forma, a Lei institui o Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, que é exclusivamente competente para julgar tais crimes e não admite pena pecuniária, pena alternativa e nenhuma hipótese da Lei 9.099/95. Pelo contrário, garante a devida punição ao agressor, possibilitando a prisão em flagrante ou prisão preventiva dependendo dos riscos que a mulher corre ou em caso de descumprimento de medidas protetivas ¹³.

Vale destacar que até o ano de 2018, a Lei Maria da Penha era apenas uma lei de orientação, devendo recorrer a outras doutrinas, como o Código Penal Brasileiro (1940), para penalização. A sua primeira tipificação penal foi trazida pela Lei 13.641 de 03 de abril de 2018, a qual definiu o crime de descumprimento de medidas protetivas, trazendo a penalidade de 03 meses a 02 anos de detenção a quem comete esta infração. Ressalta-se ainda, que a referida lei recentemente passou por alterações que incluíram novos dispositivos que facilitam a aplicação de medida protetiva de urgência às mulheres e seus dependentes, visando ampliar e garantir a segurança das mulheres em situação de violência.

Ainda, com a Lei Maria da Penha, a atuação policial ganha grande destaque, na medida em que reconhece a importância das DEAM's como principal porta de entrada no sistema judiciário para as mulheres em situações de violência.

O enfrentamento da violência contra a mulher é, portanto, um processo construído a partir dos problemas, conflitos sociais, e demanda estratégias públicas de intervenção que, por sua vez, não podem ser feitas sem o conhecimento do perfil das vítimas e da violência praticada. Nesse sentido, este artigo tem por objetivo, caracterizar a violência doméstica contra a mulher, em um município de Minas Gerais, a partir da exploração de informações contidas tanto na base de dados de atendimentos realizados na DEAM como na base de dados dos REDS do município, que evidenciam algumas características das vítimas, a exemplo do tipo de violência praticada, bem como o tipo de vínculo do agressor com a vítima.

É importante ressaltar que os dados aqui apresentados não traduzem o número real de mulheres em situação de violência no município estudado; eles evidenciam apenas o número de mulheres que registraram denúncia do crime conforme tipificação legal.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher de Contagem, município da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Contagem, com 108 anos de emancipação política, possui extensão territorial de 195.045 Km² e uma população estimada pelo IBGE (2018) de 658.580 habitantes, sendo 336.213 mulheres. Tem sido considerada referência em se tratando de rede de enfrentamento à violência contra a mulher, uma vez que conta com diversos serviços e equipamentos que se propõem a oferecer assistência, dentre eles, Vara Especializada de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensoria Pública, DEAM, Espaço Bem Me Quero (Centro de Referência), Equipamentos da Assistência Social (CRAS/CREAS) e o Comitê Interinstitucional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher.

Implantada em 1992 é a única DEAM da cidade, responsável, de acordo com a Resolução nº 7.510, por apurar as infrações penais baseadas no gênero, contidas na Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) em todas as faixas etárias, excetuando os casos de homicídio/feminicídio, além de atender os casos de violência sexual (Lei 12.015/2009 e Lei 13.718/2018), de autoria conhecida ou desconhecida, cometida às cidadãs do sexo feminino.

Embora não especificado na Lei n. 11.340/2006 como dever de uma DEAM, este equipamento optou, a partir de março de 2016, por ter um Assistente Social (concurado) como responsável por executar o primeiro atendimento, configurando-se pioneira no Estado de Minas Gerais, até o presente momento, rompendo com o paradigma policial exclusivo, tendo investigadores, escritãs e delegadas em sua linha de frente. O acolhimento humanizado ofertado por este profissional, vem fazendo diferença no trato institucional dado às mulheres vítimas de violência no referido município. Não existem estudos que mostram o quantitativo de profissionais de Serviço Social inseridos em DEAM's no estado de Minas Gerais e no Brasil.

Coube ao Assistente Social, através de sua base teórico-metodológica, do instrumental técnico-operativo e condições institucionais, acolher as vítimas, através da escuta ativa, com melhor entendimento da dinâmica da violência sofrida, bem como a sua origem, causas, tipos de violência implícitos ou explícitos, sentimentos envolvidos, além de traçar o perfil do agressor. Para evitar revitimização, caso seja necessário e de interesse da vítima, é elaborado o REDS, além de encaminhá-la para a Rede de Atendimento.

Para composição do público alvo deste estudo, optou-se pela inclusão do universo

total de mulheres, em qualquer faixa etária, que elaboraram REDS de violência doméstica, junto à DEAM, Delegacias “Comuns” ou Polícia Militar, no período de 01 de março de 2016 a 28 de fevereiro de 2019, no município de Contagem – MG, excluindo os casos de Violência Sexual que não fazem parte do perfil previsto no Art. 05º da Lei 11.340/2006.

Os dados secundários foram obtidos e sistematizados a partir dos seguintes bancos de informação:

- Primeira Fonte, intitulada como “Base Geral (VD) Contagem”, foi disponibilizada em planilha do Excel, pela Seção de Planejamento e Operações (P3) da 2ª Região da Polícia Militar de Minas Gerais (2ª RPM/MG), obtida por eles por meio de busca realizada ao Sistema Integrado de Defesa Social. Na busca, utilizamos como filtro de pesquisa, além de cidade e período mencionado, descritores que pudessem identificar os casos de violência doméstica, tais como: tipo de crime e vínculo da vítima com o agressor. Nesta base foram encontrados 7835 registros de atendimentos, envolvendo violência doméstica contra a mulher, realizados pela Segurança Pública.

- Segunda Fonte, intitulada de “Base de Dados (VD) DEAM Contagem”, foi obtida por meio de planilha de acolhimento, em arquivo do Excel, gerada a partir de um formulário criado pelo profissional de Serviço Social da DEAM de Contagem, autor do presente estudo, no qual foram lavrados os casos atendidos exclusivamente, pelo Serviço de Acolhimento às Mulheres Vítima de Violência Doméstica e Sexual, no período mencionado. A vítima pode registrar o boletim de ocorrência seja na PMMG, em Delegacia Comum ou nas DEAMs, no entanto, posteriormente deve comparecer à Delegacia Especializada para dar andamento ao inquérito.

Foi realizada análise descritiva das principais características dos atendimentos, por meio de distribuição de frequência simples e da comparação entre os dois bancos. Os cálculos estatísticos, tabelas e gráficos desenvolvidos para a análise de dados foram feitos com o uso do “software R.” Cabe ressaltar que valor p e intervalos de confiança não foram calculados, uma vez que os dados do estudo não dizem respeito a uma amostra e sim a população total de mulheres que registraram REDS na delegacia pesquisada. Logo, os resultados são reais e não estimados.

O estudo respeitou os princípios éticos de pesquisa, sendo aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG através do projeto CAAE-02235212.2.0000.5149.

Resultados

A Tabela 1 descreve e compara o perfil dos casos acolhidos pelo Serviço Social da DEAM de Contagem/MG, em relação aos REDS lavrados pelos diversos equipamentos de Segurança Pública da cidade. Percebe-se que mais da metade dos casos registrados tinham idade entre 20 e 39 anos. Metade se declarou parda (52,01%) na Base Geral e um pouco a mais da metade (58,3%) na Base DEAM. Contudo, no quesito etnia, na Base

Geral, consta informação ignorada em 9,1% dos casos. A maioria tem o Ensino Médio Completo (2º Grau), segundo as duas bases pesquisadas. Vale destacar que, na Base Geral 14,9% dos casos tiveram a escolaridade ignorada e 10,6 % são alfabetizadas. A maioria se declarou solteira, sendo 32,1% na Base Geral e 37,8% na Base DEAM.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico comparativo das vítimas de violência doméstica, na Base DEAM e na Base Geral, Contagem/MG, período de 01/03/2016 a 28/02/2019.

| PERFIL | BASE DEAM (VD) | | BASE GERAL (VD) | |
|-------------------------------|----------------|------------|-----------------|------------|
| | N | % | N | % |
| Faixa etária (em anos) | | | | |
| 1 a 9 | 6 | 0,3 | 6 | 0,1 |
| 10 a 19 | 185 | 7,8 | 540 | 6,9 |
| 20 a 39 | 1428 | 60,4 | 5170 | 66,0 |
| 40 a 59 | 643 | 27,2 | 1946 | 24,8 |
| 60 ou mais | 102 | 4,3 | 149 | 1,9 |
| Não Informado | 0 | 0,0 | 24 | 0,3 |
| Etnia | | | | |
| Amarela | 5 | 0,2 | 35 | 0,4 |
| Branca | 725 | 30,7 | 2118 | 27 |
| Parda | 1378 | 58,3 | 4081 | 52,1 |
| Negra | 251 | 10,6 | 887 | 11,3 |
| Não Declarada | 5 | 0,2 | 0 | 0 |
| Ignorada | 0 | 0 | 714 | 9,1 |
| Grau de instrução | | | | |
| Sem Idade Escolar | 4 | 0,2 | 0 | 0 |
| Analfabeto | 11 | 0,5 | 23 | 0,3 |
| Alfabetizado | 108 | 4,5 | 827 | 10,6 |
| Ens. Fund. Incompleto | 444 | 18,8 | 1091 | 13,9 |
| Ens. Fund. Completo | 200 | 8,4 | 659 | 8,4 |
| Ens. Méd. Incompleto | 306 | 12,9 | 797 | 10,2 |
| Ens. Méd. Completo | 889 | 37,6 | 2243 | 28,6 |
| Superior Incompleto | 160 | 6,8 | 391 | 5 |
| Superior Completo | 208 | 8,8 | 482 | 6,2 |
| Pós-graduação | 13 | 0,6 | 42 | 0,5 |
| Escolaridade – Ignorada | 22 | 0,9 | 1171 | 14,9 |
| Outros – Escolaridade | 0 | 0 | 109 | 1,4 |
| Estado Civil | | | | |
| Solteiro | 895 | 37,8 | 2512 | 32,1 |
| União Estável | 521 | 22 | 1897 | 24,2 |
| Casado | 638 | 27 | 1924 | 24,6 |
| Separado judicialmente | 33 | 1,4 | 145 | 1,9 |
| Divorciado | 210 | 8,9 | 541 | 6,9 |
| Viúvo | 54 | 2,3 | 50 | 0,6 |
| Não Declarado | 5 | 0,2 | 173 | 2,2 |
| Ignorado | 9 | 0,4 | 593 | 7,6 |
| TOTAL | 2365 | 100 | 7835 | 100 |

Os números apontados na tabela 2 permitem constatar que os cônjuges/companheiros foram os responsáveis pela autoria da violência na maioria dos casos

atendidos – 39,1% na Base DEAM e 46,3% na Base Geral, seguidos dos ex-cônjuges/ex-companheiros – 30,2% na Base DEAM e 37,5% na Base Geral.

Tabela 2 - Perfil comparativo dos casos de violência doméstica, na Base DEAM e Base Geral, segundo vínculo vítima/autor, no período de 01/03/2016 a 28/02/2019.

| VÍNCULO VÍTIMA/AUTOR | BASE DE DADOS (VD) DEAM CONTAGEM | | BASE GERAL (VD) CONTAGEM | |
|-------------------------------|----------------------------------|------------|--------------------------|------------|
| | N | % | N | % |
| Namorado | 139 | 5,9 | 623 | 8,1 |
| Ex-Namorado | 238 | 10,1 | 250 | 3,2 |
| Cônjuge / Companheiro | 924 | 39,1 | 3630 | 46,3 |
| Ex-cônjuge / Ex-Companheiro | 715 | 30,2 | 2942 | 37,5 |
| Relacionamento Extra-Conjugal | 35 | 1,5 | 40 | 0,5 |
| Pais / Responsável Legal | 53 | 2,2 | 56 | 0,7 |
| Filho / Enteadado | 94 | 4 | 97 | 1,2 |
| Irmão | 105 | 4,4 | 119 | 1,5 |
| Outro Parentesco | 49 | 2,1 | 62 | 0,8 |
| Colega De Trabalho / Superior | 10 | 0,4 | 16 | 0,2 |
| Vizinho | 3 | 0,1 | 0 | 0 |
| Sem Relacionamento | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Não Informado | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 2365 | 100 | 7835 | 100 |

A tabela 3 demonstra uma divergência entre as duas bases no que tange ao tipo de violência principal narrado: enquanto a maioria dos casos registrados na Base Geral foram de Agressão Física / Vias de Fato (50,4%), a maior parte dos casos atendidos na DEAM foram de Violência Psicológica (46,7%).

TABELA 3 - Perfil comparativo dos casos de violência doméstica, segundo tipo de violência principal, na Base DEAM e Base Geral, período de 01/03/2016 a 28/02/2019.

| TIPO DE VIOLÊNCIA PRINCIPAL | BASE DE DADOS (VD) DEAM CONTAGEM | | BASE GERAL (VD) CONTAGEM | |
|--|----------------------------------|------------|--------------------------|------------|
| | N | % | N | % |
| Física | 1085 | 45,9 | 3952 | 50,4 |
| Psicológica | 1105 | 46,7 | 3339 | 42,6 |
| Sexual | 44 | 1,9 | 33 | 0,4 |
| Patrimonial | 11 | 0,5 | 219 | 2,8 |
| Moral | 11 | 0,5 | 97 | 1,2 |
| De Denuncia De Infrações Contra A Mulher (Violência Doméstica) | 0 | 0,0 | 195 | 2,5 |
| Descumprimento De Medida Protetiva | 109 | 4,6 | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 2365 | 100 | 7835 | 100 |

Discussão

Assim como se faz na Política de Saúde Pública, em que se traça inicialmente o perfil epidemiológico para depois lançar mão de ações planejadas para combater o fenômeno, o mapeamento dos casos identificados é o primeiro passo para se pensar em formas integrais e não pontuais de enfrentamento e prevenção à violência contra a mulher no campo das políticas públicas e formas de contribuir para que elas consigam romper o ciclo da violência.

A análise do perfil das mulheres vítimas de violência doméstica e familiar deste estudo comparada com outra pesquisa realizada na Comarca de Braço do Norte/SC ¹⁴ e com um o diagnóstico elaborado pelo Centro Integrado de Informações de Defesa Social ¹⁹ com dados estatísticos referentes a todo o Estado de Minas Gerais, ambos documentos elaborados num período bem próximo (2016 a 2018), mostrou que os resultados encontrados são bem similares: a maioria está na faixa etária de 20 a 39 anos, declarou-se parda e o acusado pelo crime é o cônjuge/companheiro. Estes resultados assemelham-se ao obtido em diversos outros estudos publicados na literatura, que afirmam a prevalência da violência pelo parceiro íntimo entre as mulheres em idade reprodutiva.

Em estudo na cidade de Recife, cuja realização da pesquisa se deu de março de 2009 a fevereiro de 2010, considerando o total de óbitos de mulheres registrados no Instituto Médico Legal (IML), em decorrência de agressão sofrida, 75,9% foi de mulheres adultas (20 a 49 anos); 75,9% eram pardas; 86,2% eram solteiras; 89,6% tinham entre 1 e 8 anos de estudo (ensino fundamental) ¹⁵.

Em estudo desenvolvido no estado do Ceará sobre o perfil de mulheres vítimas de violência, que estiveram em unidade de proteção especial do Estado no período de 2001 até 2012, encontrou resultados similares: maioria de mulheres em idade reprodutiva (55,8%), autodeclaradas pardas (47,2%) e solteiras (73%) ¹⁶.

Tanto na base de dados de atendimentos realizados na DEAM, como na base de REDS do Município, respectivamente, 87,6% e 90,8% dos registros de ocorrência de violência doméstica/familiar contra mulheres diz respeito a mulheres adultas (20 - 59 anos) e autodeclaradas pardas (58,3% na Base DEAM e 52,1% na Base REDS). O presente estudo não explorou dados relativos ao quantitativo de óbitos por agressão, no entanto o alto índice de violência registrada contra as mulheres adultas e pardas pode sugerir maior vulnerabilidade e risco de morte por agressão em mulheres neste ciclo de vida e etnia.

Em pesquisa de âmbito nacional, foi constatado que no período de 2011 a 2015, considerando o total de óbitos por agressão em pessoas do sexo feminino registrados na base de dados do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), 72,5% foram de mulheres adultas (20 a 59 anos). Em seu estudo, as autoras utilizaram a nomenclatura “negra” para se referir às mulheres autodeclaradas pretas e pardas e verificou que esse público correspondia a 61% do total de óbitos ³.

Contudo, há estudos que relatam o predomínio de mulheres brancas entre as agredidas. De acordo com uma pesquisa realizada no município do Rio Grande do Sul (RS), 82,5% das mulheres agredidas eram brancas, fato possivelmente explicado pelo predomínio da etnia colonizadora na região sul do país, sabidamente composta por imigrantes alemães ¹⁷.

Embora, a maioria das mulheres, em ambas as bases pesquisadas neste estudo, se declararam solteiras, 37,8% (Base DEAM) e 32,1% (Base Geral de REDS do município), o que também se verifica em estudo realizado em Santa Catarina ¹⁴, observamos que a maioria das agressões foi cometida por pessoas com quem a vítima mantém ou mantinha relação de companheirismo amoroso (cônjuge/companheiro, ex-cônjuge/companheiro, namorado ou ex-namorado). Cônjuges/companheiros representam 39,1% e 46,3% respectivamente e namorado – 5,9% e 8,1% respectivamente, considerando as duas bases de dados. Ex-cônjuges/Ex-companheiros representam 30,2% e 37,8% respectivamente e ex-namorado – 10,1% e 3,2% respectivamente.

Esse achado se repete em outras pesquisas realizadas no Brasil, evidenciando maior incidência do cometimento da violência por pessoa com quem a mulher mantém vínculo de afinidade e intimidade ^{1,3-6}. Além de corroborar esse dado, outro estudo aponta que 64,7% das mulheres vítimas de homicídio tiveram como algozes seus parceiros íntimos ¹⁵.

A maioria dos casos registrados na Base Geral de REDS foi de violência física (50,4%), assim como apontou o diagnóstico referido anteriormente. No entanto, a maior parte dos casos atendidos na DEAM de Contagem/MG foi de violência psicológica (46,7%). Estudo semelhante realizado em uma DEAM no município de Rio Grande / RS¹⁷ aponta o predomínio da violência física (com 47,8%) sobre a violência psicológica (44,4%) e sobre a violência sexual (4,4%). Estes achados corroboram com os números da base geral de REDS – Contagem/MG e divergem daqueles apresentados pela DEAM de Contagem. Já em um estudo realizado em Belém do Pará, tomando como base as informações constantes do banco de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), constatou-se que a violência sexual esteve mais presente com 41,8% dos casos, seguidos pela violência psicológica (26,3%), a violência física ficando em terceiro lugar com 24,0% das notificações ²¹. A comparação destes achados sugere que as tipologias de violências mais recorrentes têm sua incidência e distribuição diferenciada nas distintas regiões do país.

Considerações finais

Esta pesquisa evidenciou que a violência doméstica contra a mulher é um fato real e cotidiano, enfrentado por um grande número de mulheres, que se declaram, em sua maioria pardas, na faixa etária de 20 a 39 anos e que possuem o ensino médio completo. O tipo de violência que se destacou, entre as vítimas que procuraram a DEAM de Contagem/MG, foi a violência psicológica, na qual a ameaça foi o principal meio de agressão. Já, ao

consideramos os registros da Base Geral de ocorrências do município, a violência física foi a predominante. Em ambas as bases, tais crimes foram cometidos, na maior parte, pelo cônjuge/companheiro.

Entre as dificuldades enfrentadas nesta pesquisa destaca-se a subnotificação dos dados. Chamou a atenção o fato de que nos REDS elaborados fora da DEAM, pela Polícia Militar ou em “delegacias comuns”, algumas informações importantes para traçar o perfil da vítima, por não ser um campo de preenchimento obrigatório, possuem informações subnotificadas ou não preenchidas: 14,9% dos casos tiveram a escolaridade ignorada; 7,6% tiveram o estado civil ignorado, 9,1% tiveram a etnia ignorada. Faz-se necessário ressaltar que o Centro Integrado de Informações de Defesa Social alerta que o correto preenchimento do REDS é de fundamental importância para o alcance fidedigno dos índices de criminalidade¹⁹. Tal fato pode comprometer a precisão, a fidedignidade e a confiabilidade dos registros e, conseqüentemente, dos estudos que utilizariam as bases de dados como fontes secundárias. Nesse sentido, acredita-se na importância de agregar formação e capacitação permanente dos agentes de Segurança Pública para a sensibilização sobre o preenchimento mais completo possível do REDS, considerando a co-responsabilidade dos profissionais envolvidos para a construção mais fidedigna dos índices de criminalidade/violência contra a mulher nos bancos de dados existentes, que conseqüentemente contribui no planejamento mais pertinente das ações de enfrentamento.

Ressalta-se que conhecer o real perfil da violência do município permitirá a busca de novas estratégias sociais, permitindo o aprimoramento da visibilidade social do problema, bem como da rede de enfrentamento, de atendimento e de cuidados às mulheres em situação de violência, no desenvolvimento de medidas de intervenção para a prevenção e assistência às vítimas, de forma a contribuir para que elas se “empoderem”, rompam o ciclo da violência, se tornando sujeitos de direitos e protagonistas de suas próprias histórias.

Referências

1. Mesquita, A.P. et al. Violência contra a mulher: aspectos sócio - históricos, culturais e o perfil das vítimas em Alagoas. In: Congresso brasileiro de assistentes sociais, 2019, Brasília. **Anais [...]** Brasília: 2019. v. 1, p. 1 - 16. Disponível em: <http://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1374/1342>. Acesso em: 01 jan. 2020.
2. Carmona, DRS; Souza, GA; Santos, FO. Transversalidade de gênero e mulheres na política de assistência social: uma análise documental. **Revista Sociais e Humanas**, v. 32, n. 2, Santa Maria/RS: 2019.
3. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, 22(9): 2929-2938, 2017.
4. Labronici LM; Ferraz, MIR; Trigueiro, TH; Fegadolli, D; et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP. 44(1): 126-133, 2010.
5. Lamoglia CVA; Minayo MCS. Violência Conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14(2): 595-604, 2009.

6. Minayo MC. Violência: um problema de saúde pública no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 10-35.
7. Saffioti H. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
8. Blumer, H. Social problem as collective behavior. **Social Problems**, v.18, n.3, p.298–306, Winter 1971. University of California Press.
9. Melo, V.H.; MELO, E. M. **Para Elas**. Belo Horizonte: Nescon/ufmg, 2016. 165 p.
10. Melo, V.H.; MELO, E. M. **Políticas Públicas Voltadas para as mulheres**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2016a. p. 91-108.
11. Melo, et al., **Enfrentamento da violência contra as mulheres: arcabouço político institucional**. Para Elas: Por Elas, Por Eles, Por nós. Belo Horizonte: Folium, 2016b. Cap. 03. p. 31-53. (Volume 02).
12. Coelho APC. **Medidas protetivas: A (Des) necessidade do inquérito policial**. Belo Horizonte: D'plácido, 2018. 122 p
13. Santos MPN. O Monopólio Da Violência Pelo Estado E A Jurisdição: Análise Crítica Sobre Acesso À Justiça E A Prisão Na Lei Maria Da Penha. 2016, Canoas. Artigo. Canoas: Unilasalle, 2016. p. 01 - 09. Disponível em: <<https://anais.unilasalle.edu.br/index.php/sefic2016/article/download/356/298>>. Acessado em: 28 março de 2019.
14. Rosa, Camila Alberton. **Violência doméstica e familiar contra a mulher na comarca de Braço do Norte/ SC: estudo dos possíveis fatores associados tendo por base o perfil das mulheres indicadas como vítimas em autos criminais distribuídos nos anos de 2016 a 2018**. 2019. 58 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Unisul - Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão/ Sc, 2019. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/7518?show=full>. Acesso em: 25 mar. 2020.
15. Silva MA, Filho JEC, Amorim MMR, Neto GHF. Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(2):391-396, fev, 2013.
16. Ferreira, RM; Vasconcelos, TB; Filho, REM; Macena, RHM. Características de saúde de mulheres em situação de violência doméstica abrigadas em unidade de proteção estadual. **Ciência e Saúde Coletiva**, 21(12): 3937-3946, 2016.
17. Acosta DF, Gomes VLO, Barlem ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paul Enferm**. 2013; 26(6):547-53.
18. Lima, L. L. G.; Barbosa, L.M. **A intervenção policial na violência de gênero no Estado do Rio de Janeiro: da criação das Delegacias Especializadas à Lei Maria da Penha**. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 16. 2011, São Paulo. Anais. São Paulo: Anpuh, 2011. p. 01 - 36. Disponível em: <http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308192870_ARQUIVO_TEXTOANPUHREVISADOLANALAGE.pdf>. Acessado em: 10 março de 2019.
19. Minas Gerais. Centro Integrado de Informações de Defesa Social. Sistema Integrado de Defesa Social. **Diagnóstico de violência doméstica e familiar nas Regiões Integradas de Segurança Pública de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Centro Integrado de Informações de Defesa Social, 2019. 91 p. Disponível em: <<http://www.seguranca.mg.gov.br/images/2019/Fevereiro/Diagnostico%20violncia%20domstica%201%20e%202%20Semestre%20de%20%202016%20a%202018%20-%20MG%20e%20RISPs.pdf>>. Acessado em: 15 abril de 2019.
20. Brasil. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 09 de junho de 1994. Diário Oficial da União 1996; 2 ago.
21. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(5):1263-1272, 2013.

A relação entre a violência contra a mulher e a decisão pelo aborto

Talita Maciel Borges
Elza Machado de Melo
Ricardo Tavares
Ulysses de Barros Panisset

Resumo

Este capítulo apresenta um estudo que investigou se violências praticadas contra mulheres, residentes em Belo Horizonte e Betim, contribuíram para que essas praticassem aborto, legal e/ou ilegal, e o perfil das que o fizeram¹. A pesquisa utilizou dados secundários do inquérito domiciliar “Saúde e Violência: subsídios para a formulação de políticas públicas de promoção a saúde e prevenção da violência” - SAUVI, realizado nas duas cidades citadas, em 2014 e 2015, o qual objetivou levantar informações sobre o perfil e fatores associados à violência nessa região. Utilizaram-se os dados das 1.421 mulheres entrevistadas, a fim de analisar as variáveis das mulheres que relataram ter realizado aborto decorrente de estupro e/ou outro aborto, legal ou ilegal, e o perfil sociodemográfico e as vivências de violência por essas mulheres. Os resultados indicaram que 5,9% das mulheres de Belo Horizonte e Betim já realizaram aborto, além de apontar importante associação entre violências praticadas por parceiro íntimo e abortos não decorrentes de estupro, bem como a relação entre a vivência de múltiplas violências e o aborto decorrente de estupro. O estudo também revelou que mulheres que sofreram violência sexual têm 3,4 vezes mais chances de fazer um aborto do que aquelas que não foram vítimas, independentemente se a gravidez decorreu diretamente dessa violência em específico.

Palavras Chave: Aborto; Violência contra a Mulher; Violência Sexual; Violência por Parceiro Íntimo; Perfil; SAUVI

Introdução

O aborto é crime no Brasil, no entanto, sua prática é uma evidente realidade. Salvo os poucos casos previstos por lei, as demais razões para interrupção da gravidez estão fadadas à clandestinidade. Esta pesquisa compreende o contexto do aborto, da forma como hoje é concebida, como uma ação que traz consequências violentas às mulheres, desde consequências criminais a consequências morais, assim como danos às saúdes físicas e psicológicas, sequelas no sistema reprodutivo e até mesmo a morte ².

Além de envolver os aspectos biológicos, morais, religiosos e simbólicos, percebe-se que uma das grandes dificuldades nas pesquisas sobre o tema é destrinchar relatos de mulheres sobre suas experiências de abortamento.

Estudos sobre perfil e causalidade do aborto são de suma importância para a criação de políticas públicas efetivas, visto que conhecendo os grupos de mulheres mais propensas a fazer um aborto, cria-se um alicerce para o desenvolvimento e direcionamento de políticas de direitos reprodutivos e sexuais voltadas para a prevenção da gravidez indesejada e atendimento às mulheres que abortam ^{3,4}.

Objetivou-se, portanto, neste estudo descrever o perfil sociodemográfico das mulheres que declararam ter realizado aborto nos municípios de Belo Horizonte e Betim -MG; suas vivências (ou não) de violências contra a mulher e de violências por parceiro íntimo, nos últimos 12 meses anteriores à resposta ao questionário do SAUVI; bem como vivências de violência sexual em algum momento de suas vidas.

Ainda que com limitações nos dados, que devido ao contexto da criminalização do aborto são subnotificados, o objetivo de se investigar a relação entre aborto e violência se torna necessário, haja vista que o tema, na conjuntura atual, é silenciado pelos sistemas de poder ainda vigentes. O aborto é uma questão de saúde pública, e a sua negação, enquanto foco acadêmico, de estudo, diálogo e debate, é fatal para muitas mulheres. O risco simultâneo de ser vítima de violência e de gravidez indesejada resultante em aborto evidencia a necessidade de compreensão da violência de gênero como fato gerador do aborto ⁵.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e análises descritivas, realizado a partir de dados secundários do inquérito 'SAUVI - Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência', que entrevistou 2.309 famílias, entre 2014 e 2015 nos municípios de Belo Horizonte e Betim e teve por objetivo investigar a dinâmica e o perfil da violência em diferentes grupos populacionais, suas formas de enfrentamento e sua relação com

a saúde⁶. Foram aplicados questionários semiestruturados compostos por 563 questões, subdivididas em 10 blocos temáticos: informações sociodemográficas; saúde; ambiência; meio ambiente; trabalho; trânsito; violência; violência por parceiro íntimo; violência sexual e enfrentamento da violência. A pesquisa SAUVI foi financiada pelo Ministério da Saúde e desenvolvida e aplicada pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Paz/UFGM por meio do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CAAE número 02235212.20000.5149. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento e livre esclarecido que informava sobre a desistência da participação da pesquisa a qualquer momento, sobre o direito ao sigilo dos dados e os devidos esclarecimentos sobre o estudo.

Os dados do SAUVI foram formatados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, que também foi utilizado para gerar as tabelas bivariadas, que foram formatadas no *Microsoft Excel*. Para a realização das análises dos dados, foi utilizado o programa *R Core Team (2019)*. *R: A language and environment for statistical computing*. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria.

Para análise dos dados, foram excluídos todos os 888 homens que responderam o inquérito, e a amostra foi composta pelas 1421 mulheres respondentes. Foram realizadas as análises das distribuições univariada e bivariada das variáveis selecionadas e construídos gráficos dos tipos setores e barras. As análises dos dados deste estudo foram realizadas utilizando-se os métodos de medidas de associação: teste qui-quadrado, análise de correspondência e razão de chances. Para análise do perfil sociodemográfico das mulheres que declararam o abortamento, foi gerada a tabela 1 bivariada, em que foi realizado o teste qui-quadrado de homogeneidade para avaliar a significância dos dados do perfil do abortamento, em que $p < 0,05$. O teste Qui-Quadrado de homogeneidade foi utilizado para testar a afirmação de que diferentes populações têm a mesma proporção de mulheres que realizaram aborto ou sofreram estupros, em que a hipótese nula (H^0) e hipótese alternativa (H^a) são: H^0 : As proporções de mulheres vítimas de aborto/estupro é a mesma em cada variável (faixa etária, raça/cor etc): $p_1 = p_2 = \dots = p_k$; H^a : As proporções de mulheres vítimas de aborto/estupro não são as mesmas em cada variável (faixa etária, raça/cor etc), ou seja, ao menos uma das p_i 's é diferente das outras.

Para avaliar a associação entre violência contra a mulher e o aborto, utilizou-se a análise de correspondência. Para análise da relação entre violência sexual e aborto, foi realizado o cálculo da razão de chances e seu respectivo intervalo, com índice de 95% de confiança. Para estimar as chances, descartaram-se as informações ausentes.

Resultados e discussão

As mulheres abortam - O Aborto em Belo Horizonte e Betim

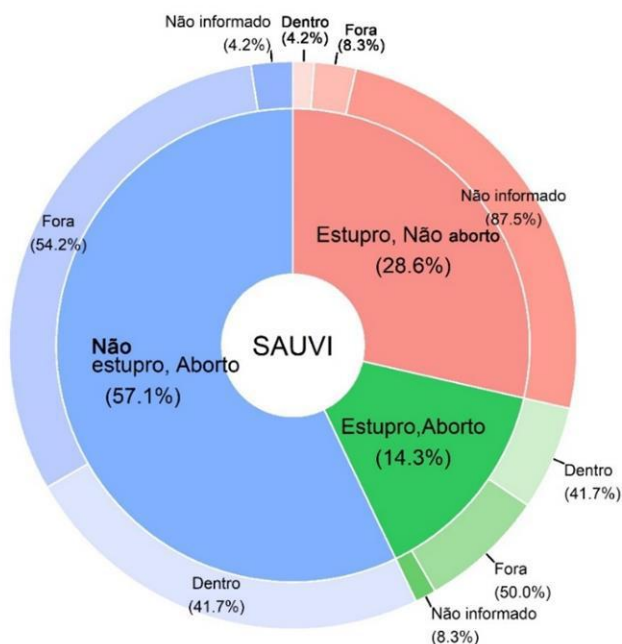
Da amostra das 1.421 mulheres respondentes do SAUVI, 5,9% declararam ter feito algum tipo de aborto legal ou ilegal. O Instituto Guttmacher estimou, em relatório sobre abortamento no mundo³, que, entre 2010 e 2014, cerca 3,6% das mulheres dos países de baixa e média renda realizaram ao menos um aborto. No Brasil, a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) 2016⁷, estimou que 20% das mulheres já tenham interrompido a gravidez. Essas diferenças entre os dados refletem os desafios da coleta de dados em países onde o aborto é criminalizado.

O Aborto realizado dentro ou fora do serviço de saúde (seguro ou inseguro)

Os resultados apontaram que das mulheres que declararam o abortamento, 28,6% abortaram em decorrência de estupro, 57,1% realizaram outro tipo de aborto legal ou ilegal, e 14,3% declararam ter realizado os dois tipos de abortamento.

A Figura 1 apresenta um gráfico setorizado que aponta o tipo do abortamento que as mulheres relataram ter realizado (por estupro ou outro tipo de aborto legal ou ilegal), e o local em que o procedimento ocorreu: se dentro ou fora dos serviços de saúde - estes valores dispostos à margem dos setores.

Figura 1- Gráfico setores- tipo de aborto x dentro ou fora do serviço de saúde. Legenda: “Estupro” refere-se às mulheres que declaram ter abortado devido à violência sexual sofrida; “Aborto” são as que declaram ter feito outro aborto legal ou ilegal; “Estupro e Aborto” mulheres que declaram ter realizado os dois tipos. Fonte: SAUVI 2015



Para análise dos dados dispostos na Figura 1, pressupõe-se que os abortamentos realizados dentro do serviço de saúde são seguros, uma vez que esses contam com acompanhamento profissional técnico e métodos qualificados em serviços de saúde estruturados. Em contrapartida, presume-se que os abortos realizados fora do serviço de saúde são considerados menos seguros, ou inseguros: os menos seguros ocorrem quando não há critério de conduta profissional qualificada ou de método apropriado para a prática do aborto; e inseguro é quando não atendem a nenhum critério estabelecido em protocolos clínicos de qualidade^{3,4}.

Esse resultado aponta que há aproximação dos dados das mulheres que realizaram aborto dentro e fora dos serviços de saúde, não sendo possível inferir em que contexto se deu a interrupção da gravidez. Como é de se esperar na conjuntura brasileira, as mulheres que declararam abortamento fora dos serviços de saúde, provavelmente realizaram de forma menos segura, ou insegura. Esse número pode ser maior, visto que uma parcela significativa dos respondentes não informou o local do abortamento. Esse dado é importante num cenário de pesquisa em que a prática do aborto é considerada crime, e a subnotificação de algumas informações revela o desafio da busca por informações de qualidade. Contudo, ainda assim, podemos destacar o silenciamento das mulheres diante de um fato que poderia ter colocado em risco a sua própria integridade física. Quanto mais restritivas as leis de um país, menos seguros são os procedimentos do aborto ⁴.

Tendo em vista que a primeira pergunta sobre o aborto indagou sobre “aborto decorrente de estupro”, presume-se, inicialmente, que todas as mulheres que declararam o ter realizado, fizeram-o de forma legal, dentro dos serviços de saúde. Os resultados dispostos da Figura 1 apontam que, dessas mulheres, 8,3% revelaram ter realizado o aborto fora dos serviços de saúde. No entanto, esse número pode ser maior, uma vez que 87,5% das que abortaram em decorrência de violência sexual não informaram o local no qual foi realizado o procedimento. Salienta-se que essa questão foi a que teve maior abstenção de respostas.

O fato de a mulher ter sido vítima de estupro não garante necessariamente o acesso ao aborto legal. Segundo estudo sobre aborto legal no Brasil⁸, estima-se que, das mulheres vítimas de violência sexual, apenas cerca de 20% a 30% delas procuram atendimento médico. Dessas, 10% a 30% aderem ao tratamento do protocolo de prevenção e tratamento Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e ao apoio psicológico. A realização do aborto legal requer não apenas informações para o acesso a esse direito, como também um protocolo de avaliação técnica da gestação e dos fatos da violência para analisar o direito ou não ao abortamento legal, bem como apoio psicossocial ^{8,9}. Ainda Segundo esse estudo, o perfil das mulheres que acessam os serviços de abortamento legal é de maioria branca, solteira, escolarizada e católica. A escolarização pode ter efeito no acesso às informações e na busca dos direitos das mulheres⁸.

O aborto inseguro traz à tona questões de justiça social que envolve uma complexa rede de fatores legais, econômicos, sociais e psicológicos. Os fatores sociodemográficos podem influenciar diretamente na forma como esse abortamento se estabelece⁴.

Perfil sociodemográfico

A Tabela 1 bivariada apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas com a variável do aborto.

Tabela 1. Análise Bivariada sociodemográfica x aborto.

| Variáveis explicativas | Estupro / Aborto | | | | | | Total | | Valor p |
|---|------------------|------|------|-------|---------------|-----|-------|-------|---------|
| | Sim | | Não | | Não informado | | n | % | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Faixa Etária (em anos) | | | | | | | | | 0,025 |
| 20 a 29 | 10 | 3,6 | 262 | 95,3 | 3 | 1,1 | 275 | 19,4 | |
| 30 a 39 | 16 | 5,3 | 285 | 93,8 | 3 | 1,0 | 304 | 21,4 | |
| 40 a 49 | 14 | 5,2 | 250 | 92,9 | 5 | 1,9 | 269 | 18,9 | |
| 50 a 59 | 16 | 5,6 | 269 | 94,1 | 1 | 0,3 | 286 | 20,1 | |
| 60 ou + | 28 | 9,9 | 252 | 89,0 | 3 | 1,1 | 283 | 19,9 | |
| Não informado | 0 | 0,0 | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 | 4 | 0,3 | |
| Escolaridade | | | | | | | | | 0,112 |
| Baixa escolaridade | 33 | 7,7 | 387 | 90,8 | 6 | 1,4 | 426 | 30,0 | |
| Ensino fundamental | 21 | 6,2 | 315 | 92,6 | 4 | 1,2 | 340 | 23,9 | |
| Ensino médio | 19 | 4,0 | 458 | 95,2 | 4 | 0,8 | 481 | 33,8 | |
| Ensino superior / pós-graduação | 10 | 6,3 | 149 | 93,1 | 1 | 0,6 | 160 | 11,3 | |
| Não informado | 1 | 7,1 | 13 | 92,9 | 0 | 0,0 | 14 | 1,0 | |
| Estado civil | | | | | | | | | 0,069 |
| Solteiro | 16 | 4,1 | 366 | 94,8 | 4 | 1,0 | 386 | 27,2 | |
| Casado / União estável | 41 | 5,8 | 654 | 93,2 | 7 | 1,0 | 702 | 49,4 | |
| Separado / Divorciado | 15 | 10,2 | 130 | 88,4 | 2 | 1,4 | 147 | 10,3 | |
| Viúvo | 11 | 6,0 | 169 | 92,9 | 2 | 1,1 | 182 | 12,8 | |
| Não informado | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | 0 | 0,0 | 4 | 0,3 | |
| Cor / Raça | | | | | | | | | 0,230 |
| Branca | 20 | 4,2 | 449 | 94,9 | 4 | 0,8 | 473 | 33,3 | |
| Negra | 15 | 8,7 | 155 | 89,6 | 3 | 1,7 | 173 | 12,2 | |
| Amarela | 4 | 6,1 | 62 | 93,9 | 0 | 0,0 | 66 | 4,6 | |
| Parda | 45 | 6,4 | 647 | 92,4 | 8 | 1,1 | 700 | 49,3 | |
| Indígena | 0 | 0,0 | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 8 | 0,6 | |
| Não informado | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | |
| Renda (em S. M.) | | | | | | | | | 0,105 |
| Sem renda | 12 | 4,1 | 278 | 94,6 | 4 | 1,4 | 294 | 20,7 | |
| Até 1 | 28 | 5,8 | 448 | 92,6 | 8 | 1,7 | 484 | 34,1 | |
| Mais de 1 a 3 | 32 | 6,5 | 460 | 93,1 | 2 | 0,4 | 494 | 34,8 | |
| Mais de 3 a 5 | 6 | 5,8 | 97 | 93,3 | 1 | 1,0 | 104 | 7,3 | |
| Mais de 5 a 10 | 6 | 14,6 | 35 | 85,4 | 0 | 0,0 | 41 | 2,9 | |
| Não informado | 0 | 0,0 | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 | 4 | 0,3 | |
| Renda familiar (em S. M.) | | | | | | | | | 0,403 |
| Sem renda | 1 | 3,1 | 30 | 93,8 | 1 | 3,1 | 32 | 2,3 | |
| Até 1 | 14 | 5,9 | 216 | 91,5 | 6 | 2,5 | 236 | 16,6 | |
| Mais de 1 a 2 | 31 | 6,2 | 462 | 92,8 | 5 | 1,0 | 498 | 35,0 | |
| Mais de 2 a 5 | 28 | 5,7 | 457 | 93,6 | 3 | 0,6 | 488 | 34,3 | |
| Mais de 5 a 10 | 5 | 4,2 | 113 | 95,8 | 0 | 0,0 | 118 | 8,3 | |
| Mais de 10 a 20 | 5 | 14,3 | 30 | 85,7 | 0 | 0,0 | 35 | 2,5 | |
| Mais de 20 | 0 | 0,0 | 10 | 100,0 | 0 | 0,0 | 10 | 0,7 | |
| Não informado | 0 | 0,0 | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 | 4 | 0,3 | |
| Tem Filhos | | | | | | | | | 0,203 |
| Sim | 53 | 6,7 | 733 | 92,4 | 7 | 0,9 | 793 | 55,8 | |
| Não | 31 | 4,9 | 589 | 93,8 | 8 | 1,3 | 628 | 44,2 | |
| O Sr(a) tem uma religião que pratica regularmente? | | | | | | | | | 0,803 |
| Sim | 71 | 6,0 | 1094 | 93,0 | 11 | 0,9 | 1176 | 82,8 | |
| Não | 13 | 5,4 | 225 | 93,0 | 4 | 1,7 | 242 | 17,0 | |
| Não informado | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 0,2 | |
| Total | | | | | | | | | |
| Total | 84 | 5,9 | 1322 | 93,0 | 15 | 1,1 | 1421 | 100,0 | |

Fonte: SAUVI 2015

Observou-se que o perfil sociodemográfico das 1.421 mulheres que responderam o SAUVI, segundo a distribuição univariada apresentadas na Tabela 1, sobressaem aquelas na faixa-etária entre 30 e 39 anos, representando 21,4% do total de mulheres; 33,8% têm Ensino Médio, 49,4% declaram-se casadas ou em união estável, 49,3% se auto declararam de cor parda, 34,8% com renda individual entre 1 a 3 salários mínimos e 35% com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos; 82,8% das mulheres relataram praticar regularmente alguma religião, e 55,8% residem com os seus filhos.

Do universo total dessas mulheres, 5,9% declararam ter abortado em decorrência de estupro ou outro aborto, 93% declararam não ter realizado nenhum tipo de aborto e 1,1% não informaram sobre o abortamento.

Das mulheres que declaram ter ou não abortado, destacam-se, entre as que fizeram aborto, os seguintes perfis: houve maior prevalência entre as mulheres com 60 anos ou mais, com 9,9%; entre as de baixa escolaridade e aquelas com ensino superior, os percentuais foram de 7,7% e 6,3% respectivamente; entre as mulheres separadas e divorciadas a prevalência foi de 10,2%; entre as mulheres negras, de 8,7%; entre as que têm renda individual e/ou renda familiar de 5 a 10 salários mínimos, esse número sobe para 14,6%; dentre as que declararam renda individual de 10 a 20 salários mínimos, 14,3% abortaram. Das mulheres que declararam praticar alguma religião, 6% tiveram abortamento, e 6,7% são as que ainda residem com os filhos.

Observou-se que a maioria das mulheres que declararam ter realizado aborto, no SAUVI, já não se encontra mais em idade fértil. A OMS considera como férteis aquelas com idades entre 15 e 44 anos¹⁰, e, para fins de análise do presente estudo, será considerado período fértil a faixa etária entre 20 e 49 anos. A Tabela 1 mostra que houve maior prevalência de abortamento entre as mulheres mais velhas. Entre as mulheres com mais de 60 anos que responderam à pesquisa, 9,9% já realizaram um aborto. As faixa-etárias que estão dentro do período fértil da mulher apresentaram menor frequência de declarações de aborto: entre as mulheres de 20 a 29 anos, 3,6% abortaram. Esse número tende a crescer nos resultados da tabela à medida que aumenta a faixa-etária.

O fato de haver maior prevalência de aborto entre as mulheres mais velhas, que interromperam a gravidez na idade reprodutiva, é significativo para alinhar este estudo a futuras pesquisas com esse público e compará-los a outras faixas etárias. Esses resultados, ainda que inconclusivos, ajudam na elaboração de algumas hipóteses:

1 - As mulheres mais velhas tendem a assumir os abortos realizados se comparadas às mulheres mais jovens, uma vez que, com o passar dos anos, a prescrição legal do ato da interrupção da gravidez pode influenciar na tomada de decisão, motivando-a a quebrar o silêncio sobre a vivência do abortamento;

2 - A diferença discrepante dos resultados entre as faixas etárias das mulheres

mais velhas, que não estão mais em período fértil (9,9% com mais de 60 anos, e 5,6% das mulheres com idades entre 50 a 59 anos), poderia ser explicada pela consequência de políticas de acesso e informação ao planejamento reprodutivo e às melhorias no acesso e acompanhamento de saúde. Esses resultados também podem ser comparados com as demais faixas-etárias, no entanto, o presente estudo não tem elementos para afirmar esse fato.

Martins-Melo⁴ sugere que a redução da prática totalmente insegura do aborto estaria ligada ao aumento do número de medicamentos destinados a este fim, à melhoria do acesso a programas e informações de planejamentos familiares e a métodos mais eficazes de contracepção. Seguindo esse raciocínio, pode-se inferir que não só a forma do abortamento, como, talvez, a prevalência, possa ser resultado de políticas de acesso à saúde. No caso da faixa-etária acima do 60 anos de idade, supõe-se que a redução na prevalência do aborto, no SAUVI, possui relação com o acesso à saúde garantido pelo Sistema Único de Saúde, implementado na década de 1990, após a Constituição Federal de 1988¹¹.

Segundo pesquisa realizada em Campinas¹², quanto maior a escolaridade, maior o acesso ao aborto seguro no Brasil. Os resultados do SAUVI mostram que apesar do perfil das mulheres que responderam ao inquérito ter maior prevalência de mulheres com ensino médio completo, as que se destacaram entre as que abortaram foram as de baixa escolaridade: entre as mulheres desse perfil, 7,7% declararam ter interrompido a gravidez. No entanto, esse resultado é seguido pelas mulheres que tem nível superior completo ou pós graduação com 6,3%. Esse resultado reforça o dado de que as mulheres que praticam o abortamento estão em todas as classes sociais, cor, idade, escolaridade, no entanto, a literatura discute que a forma de como o procedimento é feito, seguro ou inseguro, impacta no perfil sociodemográfico das mulheres.

Considerando o conjunto de fatores associados ao perfil de cada mulher, o acesso ao aborto seguro ou inseguro também se relaciona à renda e a fatores de desigualdade social. A renda também diz respeito ao poder econômico e aquisitivo de adquirir medicamentos abortivos, acesso a clínicas clandestinas, ou até mesmo viajar para países em que o procedimento é seguro.

A desigualdade social no Brasil atinge diretamente as mulheres negras e pardas. As mulheres negras são as que mais sofrem violência e as que também acumulam vulnerabilidades, estando elas, em sua maioria, em camadas sociais baixas, fazendo com que optem por práticas de aborto menos seguras, ou mesmo se valendo de um abortamento improvisado pela falta de recursos financeiros. Dados do relatório de Vitimização de mulheres no Brasil¹³ apontam que as mulheres negras são as que mais sofrem violência, sendo a mais comum a ofensa sexual. Cerca de 50% das mulheres que responderam o SAUVI se declararam pardas, 12,2% negras e 33,3% brancas. No entanto, a maior

prevalência de abortamento está entre as mulheres negras, chegando a 8,7%, seguida de 6,4% dentre as que se declararam pardas. Segundo a literatura, além da violência sofrida, a mortalidade por abortamento também atinge predominantemente as mulheres negras¹⁴.

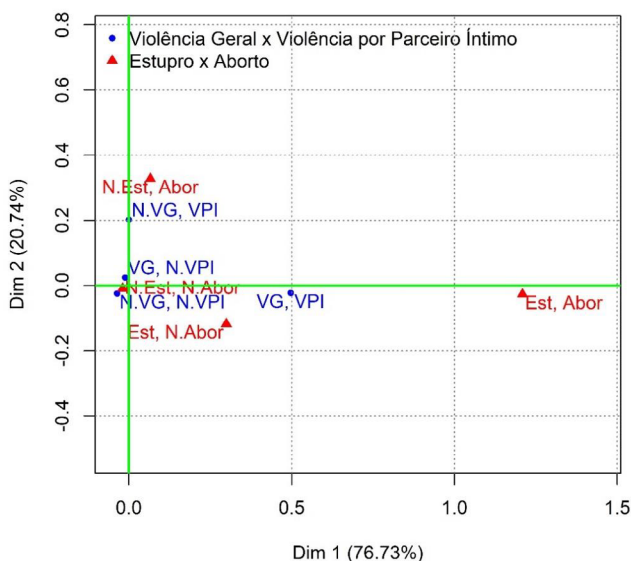
Sim, elas têm filhos: há a predominância de 6,7% das que declararam ter abortado. Esse número pode ser maior, considerando que muitas têm mais de 60 anos e podem não viver mais com os filhos. Esse resultado corrobora com o fato de que muitas mulheres que abortam já vivenciavam ou vieram a vivenciar a maternidade.

O crescimento do Cristianismo amplia as ideias morais relativas não só ao aborto, mas à regulação dos corpos femininos, contribuindo para a manutenção do poder patriarcal por meio do pecado e da culpabilização das mulheres, o que dificulta até mesmo os relatos sobre abortamentos. Os dados do SAUVI apontam que, entre as mulheres que relataram praticar alguma religião regularmente, 6% informaram o aborto, número pouco maior do que os 5,4% de mulheres que praticaram aborto, mas não possuem religião.

A Violência contra a mulher que aborta: possíveis associações

A Figura 2 apresenta o mapa de correspondência entre a violência geral x violência por parceiro íntimo e o estupro x aborto.

Figura 2: Mapa de Correspondência entre a violência geral x violência por parceiro íntimo e o estupro x aborto.



Legenda: VG = violência geral; VPI= violência por parceiro íntimo; NVG = quando não há violência geral; NVPI= quando não há violência por parceiro íntimo; EST= aborto decorrente de estupro; ABOR = outro aborto previsto ou não em lei; N.EST= não houve aborto decorrente de estupro; N.ABOR= não houve outro aborto previsto ou não em lei. Fonte: SAUVI 2015

Tabela 2: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Violência geral x Violência por parceiro íntimo).

| Violência geral x Viol. por parceiro íntimo | Dim 1 | Dim 2 |
|---|--------|--------|
| VG, VPI | 0,9977 | 0,0022 |
| VG, N.VPI | 0,0292 | 0,1456 |
| N.VG, VPI | 0,0000 | 0,9913 |
| N.VPI | 0,6491 | 0,3235 |

Fonte: SAUVI 2015.

Tabela 3: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Estupro x Aborto).

| Estupro x Aborto | Dim 1 | Dim 2 |
|------------------|--------|--------|
| Est, Abor | 0,9946 | 0,0005 |
| Est, N.Abor | 0,7085 | 0,1106 |
| N.Est, Abor | 0,0389 | 0,9561 |
| N.Est, N.Abor | 0,7900 | 0,1921 |

Fonte: SAUVI 2015.

Com base na Figura 2, verifica-se uma associação maior entre as mulheres que afirmaram não ter abortado em decorrência de estupro e/ou ter realizado aborto com aquelas que relataram não terem sofrido violência geral, mas que afirmaram terem sido vítimas de violência por parceiro íntimo. As mulheres que afirmaram não serem vítimas de estupro ou não terem realizado aborto se associaram mais àquelas que não sofreram violência por parceiro íntimo, independente se foi vítima de violência geral ou não. As mulheres que afirmaram terem sido vítimas de violência geral e de violência por parceiro íntimo se associaram mais fortemente àquelas que relataram ter abortado em decorrência de estupro e não ter realizado outro aborto. Essa associação foi mais fraca quando a mulher declarou os dois tipos de abortamento. A associação envolvendo mulheres vítimas de violência geral, e que não sofreram violência por parceiro íntimo, foi desprezada, pois a contribuição foi muito baixa, e certamente haveria uma terceira dimensão para ser considerada na análise. Optou-se, no entanto, por trabalhar apenas com duas, para facilitar as interpretações.

Os resultados apontaram existir associação entre as mulheres vítimas de violência e aborto. Pesquisas de outros países, como o estudo realizado em Boston, nos Estados Unidos, já apontavam existir associação entre o aborto e a violência contra a mulher, aliado, inclusive, a violências pregressas na infância e/ou adolescência e a características sociodemográficas. O efeito cumulativo das múltiplas formas de violência contra a mulher também contribui para que a mulher opte pelo abortamento ⁵.

O mapa de correspondência na Figura 2, mostra que, em Belo Horizonte e Betim, houve uma associação importante entre as mulheres que realizaram aborto, previsto ou não em lei, com a violência sofrida por elas pelos seus parceiros íntimos. Há também,

a associação entre as múltiplas violências sofridas pela mulher (VPI e VG) e o aborto resultante de estupro.

O aborto decorrente de VPI pode estar associado a diversos fatores vivenciados pela mulher, tal como uma gravidez indesejada, por abuso dentro do relacionamento, fazendo com que a mulher tente, de certa forma, romper com o ciclo de violências dentro da relação afetiva. Estudo realizado pela Universidade da Califórnia (EUA)¹⁵ aponta associação entre o aborto e a redução da violência física praticada pelo parceiro e que o impedimento das mulheres que sofrem VPI em abortar corrobora com a manutenção destas em relacionamentos violentos, colocando-as em risco juntamente com seus filhos, criando assim um efeito dominó de repetição de violências.

Estudos realizados pela UFMG¹⁶ apontam que o processo de decisão pelo aborto envolve múltiplos fatores presentes no contexto social da mulher, destacando que a situação do parceiro, bem como a qualidade do relacionamento entre casal, podem corroborar na manutenção ou não da gravidez, muitas vezes, indesejada.

A associação entre aborto decorrente de estupro e VPI e VG também revela o engodo do pensamento coletivo, que supõe que o estupro é cometido por agressores desconhecidos. Ainda que diante de tantos fatores de dominação sobre os atos e desejos da mulher, o aborto, ainda que ilegal, aparece como um dispositivo não só para tentar buscar as rédeas da própria sexualidade, desejos e escolhas da mulher, mas para romper com o processo violento de dominação dentro da relação íntima.

Vítimas de violência sexual tem mais chances de experimentar um aborto

Entre 1.421 mulheres que responderam ao SAUVI, 5,98% declararam terem sido forçadas a fazer sexo ou alguma prática sexual em algum momento da vida. Desse universo, 16,5% declararam terem realizado algum aborto legal ou ilegal.

O resultado da razão de chances foi de 3,4, o que significa que as chances estimadas de estupro/aborto (em relação a não estupro/aborto) para as que sofreram violência sexual são 3,4 vezes (ou 240%) maiores que as chances estimadas para as que não sofreram violência sexual. O intervalo com 95% de confiança para esta razão de chance foi (1,82; 6,31), e, portanto, pode-se afirmar, com 95% de confiança, que esse aumento varia de 82% a 531%.

Esses resultados apontam e corroboram com a hipótese de que mulheres que sofrem abusos têm maiores chances de experimentar um aborto legal ou ilegal. O abuso sexual pode estar ligado não apenas às altas taxas de gravidez indesejada, como também coloca a mulher em comportamentos de risco.

Considerações finais

O aborto, ainda que ilegal, aparece neste estudo como uma forma da mulher responder aos processos de violência, intrínsecos à sociedade patriarcal, podendo também ser entendido como a busca por autonomia, pelas decisões sobre sexualidade, desejos, e escolhas relativas ao próprio corpo.

Este estudo estimou que 5,9% das mulheres residentes em Belo Horizonte e Betim já realizaram aborto. Esse universo é composto por mulheres de todas as classes, raças, escolaridades e religiões, no entanto, os resultados mostram predominância de declaração do aborto entre as que, no momento da pesquisa, estavam com mais de 60 anos, com baixa escolaridade, separadas e divorciadas, negras, com renda individual e familiar elevada de 5 a 20 salários-mínimos, que possuem religião e, a maioria, é mãe – características não necessariamente cumuladas.

A pesquisa aponta que as violências sofridas pelas mulheres estão associadas à decisão pelo aborto. As chances da mulher vítima de violência sexual abortar é 3,4 vezes maior que as que não sofreram essa violência.

Os resultados também mostram que houve uma aproximação estatística do número de procedimentos de interrupção da gravidez realizados de forma segura, e os que foram realizados de forma menos segura e/ou insegura.

A idade das mulheres, na análise do perfil sociodemográfico, revelou um importante público para futuros estudos e instigou novas indagações, como por exemplo: o fato das mulheres mais velhas terem declarado mais abortamentos poderia ser consequência de políticas de planejamento familiar e do acesso universal ao SUS?

As múltiplas violências sofridas por mulheres, associadas ao aborto decorrente de estupro, que segundo a legislação brasileira seria passível de aborto legal, induzem a reflexões sobre a situação da mulher enquanto vítima. Em estudo sobre o aborto legal no Brasil, Diniz et al.¹⁷, chamam atenção para o fato de que as três causalidades para a mulher ter direito ao aborto legal no Brasil (estupro, anencefalia ou risco de morte), ocorrem quando ela se torna vítima, ou pela violência do sistema patriarcal ou pelo acaso da natureza. Segundo os autores “a centralidade da figura da mulher como vítima movimenta as políticas públicas de saúde que regulamentam os serviços de aborto legal no Brasil”¹⁷.

Alocar a mulher na posição de vítima é uma forma de determinar o poder de alguém que a oprime, no caso, expresso nas normas da sociedade patriarcal. Dessa forma, simbolicamente, a mulher perde o poder da escolha e a autonomia do seu próprio desejo, uma vez que negam a ela a independência de determinar o futuro de seu corpo, de sua sexualidade e de sua vida.

Apesar de o resultado apontar significativas associações entre aborto e violência, esta pesquisa considera e trata o aborto como uma escolha individual da mulher, independentemente de ter gerado um feto anencéfalo ou ter sido vítima de estupro. Vale ressaltar que, na sociedade, a mulher tem sido constantemente vitimada pelo sistema opressor, e, muitas vezes, é apenas dessa forma que ela consegue acessar o direito ao aborto: sendo vítima (da violência ou do acaso). A ilegalidade da escolha pelo aborto já é, por si só, uma privação de acesso ao direito à autonomia, da escolha sobre o seu próprio corpo.

O silenciamento, o medo e o impedimento às mulheres em ressignificarem suas próprias experiências também são formas de manutenção do domínio patriarcal instalado em nosso sistema. Os espaços de fala, escuta, diálogo são essenciais para a elaboração das violências sofridas e das práticas de abortamento realizados. Acolher a mulher que aborta é respeitar, acima de tudo, a autonomia da escolha. Escutá-las pode revelar, segundo esta pesquisa, violências passadas, presentes, futuras e contribuir significativamente para o rompimento desse ciclo. Dessa forma, ela terá instrumentos para superar a situação de violência que muitas vezes a acompanha, e poderá, inclusive, decidir sobre o abortamento de forma autônoma, sem estar atrelada à sua posição enquanto vítima.

Referências

1. BORGES, T. *Pena de um corpo só: a relação entre a violência contra a mulher e a decisão pelo aborto*. Dissertação- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p.113. 2019. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/32500>>.
2. OMS. *Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*. 2. ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013.
3. SINGH, S. et al. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute, 2017.
4. MARTINS-MELO, F-R. et al. *Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012*. Revista de saúde pública, v. 48, n. 3, p. 508–520, 2014.
5. MCCLOSKEY, L-A. *The effects of gender-based violence on women's unwanted pregnancy and abortion*. Yale Journal of Biology and Medicine, v. 89, n. 2, p. 153–159, 2016.
6. SAUVI. *Manual sobre as Questões do Questionário geral - Pesquisa sobre saúde e prevenção da violência*. UFMG: Belo Horizonte, 2014.
7. DINIZ, D; MEDEIROS, M; MADEIRO, A. *Pesquisa Nacional de Aborto 2016*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 2, p. 653–660, fev. 2017.
8. MADEIRO, A; DINIZ, D. *Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p. 563–572, 2016.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*. 3ª ed. Brasília- DF: 2002.
10. OMS. *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2011.
11. BRASIL. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 jul. 2019

12. DIAS, T. Z. et al. *Association between educational level and access to safe abortion in a Brazilian population*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, v. 128, n. 3, p. 224–227, 2015.
13. FBSP. *Visível e Invisível: a Vitimização De Mulheres No Brasil- 2ª Edição*. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/02/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.
14. MENEZES, G; AQUINO, E-M. *Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva*. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, v. 25, p. S193–S204, 2009.
15. ROBERTS, S; C. M. et al. *Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion*. BMC Medicine, v. 12, n. 1, p. 144, 29 set. 2014.
16. BERALDO, A.; BIRCHAL, T-S.; MAYORGA, C. *O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres*. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1141–1157, 23 set. 2017.
17. DINIZ, D. et al. *A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil*. Revista Bioética, v. 22, n. 2, p. 291–298, ago. 2014.

Maternidade encarcerada: rompimento do vínculo entre mãe e filho

Cláudia Sueli da Rocha

Resumo

O vínculo afetivo entre a mãe e o bebê é imprescindível para a formação e o desenvolvimento saudável da criança. O objetivo deste capítulo é apresentar aspectos da legislação brasileira vigente de proteção à criança e que asseguram a convivência entre mãe e filho, que possam embasar a discussão da necessidade de instalações apropriadas a mulheres com filhos no ambiente penitenciário e, na maioria dos casos, substituição da detenção por prisão domiciliar, conforme preconiza a legislação. O estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica, abordando os dispositivos legais - Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Estatuto de Criança e do Adolescente, Código de Processo Penal e Lei de Execução Penal - que condicionam os cuidados e a permanência de crianças em instituições prisionais. Os resultados da pesquisa mostraram que a legislação brasileira prevê condições adequadas e apropriadas para que as mães privadas de liberdade possam amamentar e participar dos primeiros anos de vida de seus filhos, contando com espaço e condições apropriadas para tal. Entretanto, as instituições penitenciárias não apresentam as condições adequadas para abrigar mães e filhos, sendo sua estrutura precária e o ambiente insalubre, além de outras deficiências.

Palavras-chave: *Relação mãe-filho. Proteção à criança. Privação de liberdade.*

Introdução

Historicamente, as mulheres encarceradas não recebiam atenção especial, sendo aprisionadas em estabelecimentos destinados a homens, sem qualquer distinção. No Brasil, no período colonial, em que a maior parte das detentas era constituída por prostitutas e escravas, encontravam-se, inclusive, mulheres dividindo a mesma cela com homens. A situação somente mereceu atenção a partir de metade do século XIX, momento em que essa precariedade foi evidenciada nos relatos de abusos, problemas com as guardas e doenças, entre outros igualmente graves. O descaso, possivelmente, seria explicado pelo pequeno número de mulheres encarceradas que, de acordo com os escassos dados da época, em 1934, totalizam 46 mulheres nas capitais dos estados, correspondendo a 0,99% do total de 4.633 presos. Em 1941, levantamentos indicaram a presença de 341 mulheres encarceradas no País. Os principais motivos para encarceramento de mulheres nesse período eram: homicídio, infanticídio, ferimento, roubo e uso de tóxicos ⁽¹⁾.

Em um salto temporal para 2020, dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, considerando presos em estabelecimentos penais e presos detidos em outras carceragens, indicam que o Brasil possui uma população prisional de 773.151 pessoas privadas de liberdade em todos os regimes. Caso sejam analisados presos custodiados apenas em unidades prisionais, sem contar delegacias, o país detém 758.676 presos ⁽²⁾.

De acordo com a segunda edição do Infopen Mulheres, lançado pelo Ministério da Justiça em 2018, o Brasil subiu do quinto para o quarto lugar, na posição de nações com maior população carcerária feminina em todo o mundo ⁽²⁾.

Ainda segundo o Infopen de dezembro de 2019, o encarceramento feminino está aumentando. Desde 2016, observa-se uma queda na quantidade de mulheres presas, sendo que nesse ano, o Brasil chegou a ter 41 mil mulheres nesta condição. Já em 2018, este número caiu para 36,4 mil mulheres, sendo que em dezembro de 2019 o número aumentou para 37,2 mil mulheres, mas não alcançou os números de 2016. Mapeamento realizado em março de 2020, do total de mulheres presas, 12.821 são mães de crianças até 12 anos; 434 possuem idade igual ou superior a 60 anos; 4.052 apresentam doenças crônicas, sendo hipertensão arterial, HIV e diabetes com 411, as mais frequentes ⁽³⁾.

Existe um abismo quando se compara prisões femininas e masculinas. Numa sociedade como a brasileira, que ainda subjugava de acordo com o gênero, as mulheres são duplamente punidas. Se em uma sociedade machista, uma mulher livre sofre, imagine uma presidiária. As prisões são meras adaptações ou adequações dos presídios masculinos, violando a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984), que determina em seu artigo 82, §1º, que as mulheres devem ser “recolhidas” em estabelecimento próprio e

adequado à sua condição pessoal. A lei não vem sendo cumprida.

Algumas condições dessas prisões e as comparações entre presídios para homens e para mulheres são retratadas em números pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen):

- a. nas unidades para mulheres, somente 34% possuem espaço adequado para gestantes;
- b. nas unidades mistas, a situação é ainda pior, apenas 6% possuem celas adequadas para as grávidas;
- c. apenas 32% dos presídios femininos possuem berçário. Entre os presídios mistos, 3% das unidades dispõem da instalação;
- d. apenas 5% das unidades femininas possuem creche e não existe nenhuma creche em unidades mistas ⁽⁴⁾.

Além das condições inadequadas das instalações prisionais, as mulheres acumulam dificuldades na maternidade e na convivência com os filhos. Por outro lado, esse ambiente também é inóspito e inadequado para as crianças, que têm acrescido com o estigma de serem filhas de mães encarceradas.

Será abordada a situação das crianças, filhos e filhas de mães encarceradas, visando discutir a importância da convivência do binômio mãe-filho, e os dispositivos que protegem essa relação. Assim, este capítulo apresenta aspectos da legislação brasileira vigente relativos à proteção de crianças de mãe encarcerada, que asseguram a convivência entre mãe e filho, visando embasar a discussão da necessidade de instalações apropriadas a mulheres com filhos no ambiente penitenciário e, na maioria dos casos, a substituição da detenção por prisão domiciliar, conforme preconiza a legislação.

Vínculo mãe e filho

Os primeiros dias depois do nascimento de um bebê são fundamentais para que se estabeleça o vínculo afetivo entre este e sua mãe. A qualidade dessa interação nos primeiros meses e anos de vida da criança afeta o seu desenvolvimento, físico, mental e emocional. Essa interação é recíproca e constante entre as partes ⁽⁵⁾.

Freud ⁽⁶⁾ já destacava, em estudos realizados na década de 1920, que alguns transtornos mentais que acometiam adultos tinham sua origem na infância. Para o autor, esses transtornos estavam especialmente vinculados a estados de angústia e desamparo

vividos na infância, sendo representados por situações em que a criança foi privada do contato ou separada da mãe.

Silva e Porto ⁽⁷⁾ corroboram essa afirmativa, destacando que, para a psiquiatria infantil, a experiência de uma relação satisfatória e prazerosa entre mãe e bebê torna-se fundamental para o desenvolvimento da personalidade e para a saúde mental da criança.

As experiências das crianças nos seus primeiros tempos de vida são determinantes para a configuração e o estabelecimento dos vínculos afetivos ao longo da vida. Assim, crianças submetidas a cuidados de baixa qualidade e a ambientes inóspitos podem ter sua formação psíquica comprometida, pois os valores e comportamentos assimilados são também influenciados pelo ambiente que as cerca ⁽⁸⁾.

O bebê é totalmente dependente de cuidados, primordialmente maternos, para sua sobrevivência, que incluem o atendimento a suas necessidades físicas – de alimentação, higiene, cuidados e proteção, entre outras - e psicossociais – de segurança, se sentir amado, protegido e valorizado ^(9, 10). Nesse sentido ressalta-se a importância da amamentação, uma vez que, entre outras estruturas, o cérebro da criança se desenvolve com maior rapidez nos dois primeiros anos de vida, sendo que o leite materno exerce importante papel nesse processo, além de melhorar a imunidade ⁽¹¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos de idade da criança. Deve-se ressaltar que

A primeiríssima infância, período que compreende a gestação aos três anos de idade, é uma etapa crucial porque é nela que se consolidam o desenvolvimento de estruturas e circuitos cerebrais e a aquisição de capacidades fundamentais para o aprimoramento de habilidades futuras.

As funções cognitivas mais especializadas de um ser humano, como a atenção, a memória, o planejamento, o raciocínio e o juízo crítico começam a se desenvolver na primeiríssima infância, e os circuitos cerebrais responsáveis por essas funções serão refinados durante a adolescência até a maioridade. Portanto, são dependentes de conexões fundamentais que se iniciam nos primeiros anos de vida ^(10, p.9).

Vários estudos têm demonstrado que filhos de pais e mães em condições desfavoráveis, sejam elas econômicas, sociais, físicas ou emocionais, tendem a ter mais problemas de comportamento, de relacionamento e desempenho escolar inferior, quando comparados com filhos de pais e mães em situações consideradas mais apropriadas ⁽¹⁰⁾.

Proteção à criança

A proteção à criança é prevista na legislação brasileira, sendo expressa, inclusive sob a forma de direitos e garantias fundamentais na Constituição Federal de 1988⁽¹²⁾. No Título VIII, no Capítulo VII, a proteção à criança é explicitada no seguinte artigo:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão ^(12, p.132).

Ressalta-se que os direitos e garantias fundamentais são considerados cláusulas pétreas, conforme expresso no artigo 60, parágrafo 4º da Constituição de 1988 ⁽¹²⁾.

Em 1990, a Lei nº 8.069, mais conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), materializou esse preceito constitucional no seu artigo 3, que reafirma que a criança e o adolescente têm direito às garantias e direitos fundamentais expressos na Constituição ⁽¹³⁾.

O ECA observa também que a criança deve ser considerada portadora de condição peculiar, por se tratar de indivíduo em desenvolvimento, não sendo admitido qualquer desrespeito aos seus direitos fundamentais ⁽¹³⁾.

Ao considerar o direito à vida e à saúde das crianças, o ECA incluiu a mãe, inclusive aquela que se encontre em situação de privação de liberdade, reconhecendo a importância da relação de ambos para o desenvolvimento saudável da criança. Tais disposições se encontram nos artigos 7º, 8º e 9 ⁽¹³⁾.

Ademais, o ECA assegura às crianças e adolescentes o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, como ainda o de convivência familiar. Por fim, o ECA é fundamentado na observação a três princípios: proteção integral, prioridade absoluta e melhor interesse ⁽¹³⁾.

O Código de Processo Penal brasileiro, com atualizações, também prevê, indiretamente, proteção à criança, quando veda o uso de algemas em mulheres grávidas que estejam sujeitas a procedimentos médico-hospitalares prévios ou durante o trabalho de parto e também no puerpério imediato. Ainda, há a previsão de prisão domiciliar em substituição à preventiva para mulheres que tenham filhos até a idade de 12 anos incompletos. Nos casos de decretação de prisão, mulheres deverão cumprir pena em estabelecimentos apropriados ⁽¹⁴⁾.

Por fim, a Lei de Execução Penal, em suas atualizações, prevê que as instituições

penais destinadas a mulheres deverão oferecer a estas uma seção específica para gestantes ou parturientes e creche para assistência a crianças a partir de seis meses até sete anos incompletos, “[...] com a finalidade de assistir a criança desamparada cuja responsável estiver presa” ⁽¹⁵⁾. Essas creches deverão ser dotadas de pessoal qualificado, se localizar em unidades autônomas e funcionar em horário que possibilite o melhor atendimento à criança e sua responsável ⁽¹⁵⁾.

Mães e filhos encarcerados

As mulheres encarceradas enfrentam muitas dificuldades, ressaltando-se, entre elas,

[...] a situação da criança dentro do cárcere.

Há diferentes tipos de presas que se tornam mães dentro da penitenciária. Temos a jovem que comete delito, sem ter consciência de que está grávida. A partir da condenação, ela passa todo o período gestacional dentro da prisão. Há aquelas que, mesmo estando grávidas, cometem delito. Existem também mulheres que, enquanto aguardam julgamento em cadeias mistas, têm relações sexuais e engravidam. Outras engravidam durante a visita íntima e sabe-se ainda das que vão para a prisão, deixando seus filhos sob os cuidados de familiares.

Muitos são os tipos de mães, assim como variados são os tipos de crianças. Há bebês que nascem na prisão; outros nascem fora, mas, posteriormente, acompanham a mãe durante o período de amamentação; existem bebês que completam o período de amamentação e se desligam da mãe; há os rejeitados pelas mães; sabe-se de crianças que visitam a mãe na prisão; algumas crianças nunca conheceram a mãe por ela estar presa e alguns bebês sequer sobrevivem à prisão ^(16, p.64).

O amparo à criança e à sua mãe, reconhecida a importância do vínculo entre ambas para o desenvolvimento saudável da criança, é estabelecido em diferentes dispositivos legais, como também sua relevância tem sido estudada e confirmada cientificamente.

O direito de amamentação é garantido às mulheres detentas e seus filhos, inicialmente, no inciso L do artigo 5º da lei nº 13.257/2016, que dispõe que “[...] às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação”, o qual é precedido por instruções de que o cumprimento da pena dar-se-á em estabelecimentos apropriados. ^(17, p.16)

O ECA, além de reafirmar os direitos fundamentais constitucionais, avança no seu detalhamento, expondo a obrigatoriedade de que a proteção à criança e aos seus direitos deverá ser exercida por todos os atores sociais, inclusive o Estado. O Estatuto assegura o direito à amamentação e a oferta de condições em estabelecimentos prisionais

de condições apropriadas para o desenvolvimento da criança em respeito ao seu caráter peculiar de indivíduo em desenvolvimento, reconhecendo, assim, a importância da sua proximidade e relação com a mãe detenta ⁽¹³⁾.

A Lei nº 13.257, de 2016, entre outras disposições alterou o ECA, ampliando a proteção à criança e ao adolescente. Entre seus dispositivos e de acordo com o aspecto de interesse deste estudo pode-se citar a alteração ao artigo 8º que passa a ter seguinte redação:

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

[...]

§ 7º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança.

[...]

§ 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança ⁽¹⁷⁾.

Outros dispositivos, como o Código de Processo Penal (CPP) ⁽¹⁴⁾ e a Lei de Execução Penal ⁽¹⁵⁾, também trazem previsões para assegurar os direitos maternos e infantis, cada um com sua particularidade, porém, em consonância com os direitos fundamentais constitucionais. Entre as disposições de tais diplomas estão indicações de condições mínimas a serem ofertadas a gestantes, mães e crianças, no que diz respeito às instalações e atendimento.

A Lei nº 13.257/2016 trouxe ao CPP alterações nos artigos 6º, 185, 304 e 318 que incluem a coleta de informações acerca da existência de filhos, suas idades, indicação da condição de portadores ou não de alguma deficiência, como também, a indicação e o contato de um eventual responsável pelos cuidados destes, conforme indicação da pessoa presa, entre outros aspectos. ⁽¹⁷⁾

Contudo, o cenário que se apresenta na realidade prática não é consistente com as disposições legais. Para Alencastro ⁽¹⁸⁾, no que concerne à situação das mães encarceradas, a responsabilidade do Estado é duplicada, visto ser este responsável pela

tutela das instituições penitenciárias e também pela proteção das mães e das crianças, preservando a convivência familiar e a saúde de ambas, entre outros aspectos. A despeito disso, o autor relata o crescimento da população feminina encarcerada e a superlotação, uma vez que há um déficit próximo de 14.000 vagas nessas instituições. Relatos do autor mostram que no Brasil há 263 crianças em penitenciárias masculinas ou mistas e outras 83 em penitenciárias femininas, sendo o ambiente inóspito e inadequado à presença dessas crianças, como ainda para prover-lhes dignidade e proteção.

Em atendimento ao ministro Ricardo Lewandowski, o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) apresentou a listagem das mulheres gestantes ou mães de crianças com até 12 anos de idade em situação de prisão preventiva. A listagem resultou na identificação de 622 mulheres grávidas presas ou em fase de amamentação ⁽¹⁹⁾ (FIG. 1).

Figura 1 – Cadastro nacional de presas grávidas e lactantes



Fonte: Pompeu, 2018, on-line.

Há diferentes consequências dessa situação. Filhos de mães encarceradas são referidos como “[...] todos os bebês. O que os tornam (sic) diferentes é o ambiente a sua volta. Em vez de quartos limpos, centenas de brasileiros vivem trancafiados em celas de presídios femininos do país, alguns em condições sub-humanas” ^(20, p.54). O autor ressalta que a privação de liberdade das mães se reflete também nos seus filhos, uma vez que, além da precariedade do ambiente, há também o distanciamento, pois, nem sempre, há condições para visitas frequentes e isso pode se prolongar por longos períodos e até anos.

Segundo relato de Soares, Cenci e Oliveira ⁽²¹⁾, as mulheres encarceradas sofrem com a dificuldade de estar longe dos filhos, com a preocupação acerca dos cuidados

recebidos por estes dos familiares e também com o risco de ao não terem com quem deixar as crianças elas sejam encaminhadas à adoção. Ao mesmo tempo, essas mães se revelam aliviadas pelo fato de os filhos estarem distantes do ambiente prisional, considerado impróprio e inseguro. Para as crianças a ausência do vínculo com a mãe pode significar, no futuro, dificuldades de aceitação desta como figura representativa. Ainda, crianças que assistiram a prisão da mãe ou dos dois genitores se sentem inseguras e têm dificuldades de compreensão quanto ao ocorrido, adotando, inclusive, comportamentos rebeldes.

Muitas mães externam preocupações acerca da segurança das crianças que se encontram sob a guarda de familiares ou conhecidos durante o período em que estas se encontram privadas de liberdade. Há receio de que as crianças possam sofrer maus tratos e privações, o que é agravado pela escassez de visitas e falta de informações sobre a vida das crianças. Muitas dessas mães têm medo de perder o vínculo com seus filhos ou mesmo de serem destituídas da sua guarda, entre outros aspectos.⁽²²⁾

Em síntese, conforme destacam Domingues, Silva e Marin⁽¹⁶⁾, a legislação que confere proteção às mães encarceradas e seus filhos é ampla e abrangente, porém, com baixa ou quase nenhuma eficácia.

Esse cenário sofreu profunda modificação pela publicidade concedida ao Habeas Corpus (HC) 151.057, cujo relator foi o Ministro Gilmar Mendes, que concedeu prisão domiciliar a Adriana Ancelmo sob o argumento da prerrogativa de concessão de prisão domiciliar a mulheres com filhos de até 12 anos de idade incompletos, consoante as disposições da Lei nº 13.257/2016, também conhecida como Marco Legal da Primeira Infância, que alterou o art. 318 do CPP.⁽²³⁾

O ministro Gilmar Mendes, ainda, destacou que

[...] a questão da prisão de mulheres grávidas ou com filhos sob seus cuidados é absolutamente preocupante, devendo ser observadas, preferencialmente, alternativas institucionais à prisão, que, por um lado, sejam suficientes para acautelar o processo, mas que não representem punição excessiva à mulher ou às crianças.

No presente caso, a condição financeira privilegiada da paciente não pode ser usada em seu desfavor.

Observo que o crime supostamente praticado pela paciente, muito embora grave, não envolve violência ou grave ameaça à pessoa.

A paciente esteve por meses em prisão domiciliar, sem violar as regras estabelecidas pelo Juízo. A sentença reconheceu a desnecessidade de um regime mais rigoroso.

Enquanto esteve em prisão domiciliar, o Juízo já providenciara para que o cumprimento fosse feito sob fiscalização, assegurando a atenção à família e o isolamento quanto a meios de comunicação.

Nesse contexto, tenho que a paciente tem condições de

aguardar o julgamento pelo Superior Tribunal de Justiça em prisão domiciliar, salvo fato superveniente.^(23, p.11-12)

Convém ressaltar que a baixa escolaridade e as dificuldades socioeconômicas também constituem impedimentos para o maior acesso à justiça por parte significativa das mulheres encarceradas. Muitas presas não têm contato com seus defensores, em geral públicos, nem a oportunidade de serem ouvidas, pois, “[...] geralmente, não há espaços de fala – para contar sua versão dos fatos, contextualizar sua história, para além do crime eventualmente praticado”.^(24, p.75)

Assim, as prisões preventivas e sentenças condenatórias são baseadas, quase que exclusivamente, “[...] em provas baseadas única e exclusivamente nos depoimentos de agentes que a prenderam”.^(24, p.75) Adicionalmente, a Defensoria Pública não conta com quadro funcional adequado à demanda e, em alguns estados, esta é inexistente. Ainda, muitos advogados e defensores públicos tomam conhecimento da situação de seus clientes mediante contatos de familiares, que se manifestam e expõem informações sobre essas mulheres presas e as condições do encarceramento.⁽²⁴⁾

Esse cenário levou a uma das principais consequências da decisão do ministro Gilmar Mendes, que foi tirar da invisibilidade as mulheres encarceradas, mediante a ação de um grupo de advogados que impetrou um habeas corpus (HC 143.641) coletivo em benefício de mulheres gestantes ou com filhos de até 12 anos de idade incompletos ou com deficiências, visando substituir a prisão preventiva por domiciliar em todo o Brasil ⁽²⁵⁾. Note-se que estas são medidas previamente conhecidas pela legislação, mas somente a partir de um quadro de exposição pública houve uma manifestação que atingiu as detentas em situação semelhante à de Adriana Ancelmo.

O relator do HC foi o ministro Ricardo Lewandowski, que defendeu seu voto alertando para a precariedade do sistema prisional brasileiro e também para o descumprimento da legislação vigente, conforme segue:

[...] é preciso avaliar, primeiramente, se há, de fato, uma deficiência de caráter estrutural no sistema prisional que faz com que mulheres grávidas e mães de crianças, bem como as próprias crianças [...], estejam experimentando a situação retratada na exordial. Ou seja, se as mulheres estão efetivamente sujeitas a situações degradantes na prisão, em especial privadas de cuidados médicos pré-natal e pós-parto, bem como se as crianças estão se ressentindo da falta de berçários e creches.

Nesse aspecto, a resposta é lamentavelmente afirmativa, [...] retratando gravíssima deficiência estrutural, especificamente em relação à situação da mulher presa [...].

Há [...] uma falha estrutural que agrava a ‘cultura do encarceramento’, vigente entre nós, a qual se revela pela imposição

exagerada de prisões provisórias a mulheres pobres e vulneráveis. Tal decorre, como já aventado por diversos analistas dessa problemática seja por um proceder mecânico, automatizado, de certos magistrados, assoberbados pelo excesso de trabalho, seja por uma interpretação acrítica, matizada por um ultrapassado viés punitivista da legislação penal e processual penal, cujo resultado leva a situações que ferem a dignidade humana de gestantes e mães submetidas a uma situação carcerária degradante, com evidentes prejuízos para as respectivas crianças.^(25, p.7, 9)

O ministro Lewandowski, ao se referir aos dados apresentados pelo Depen (FIG. 1), externou preocupação, reconhecendo que o Estado tem falhado ao não prover cuidados adequados à maternidade, tanto para mulheres em situação de privação de liberdade, quanto para as que se encontram em plena liberdade ⁽²⁵⁾.

O voto do ministro Lewandowski pode ser sintetizado nos parágrafos seguintes, observando-se a importância da extensão do HC às adolescentes que se encontram em instituições socioeducativas:

Em face de todo o exposto, concedo a ordem para determinar a substituição da prisão preventiva pela domiciliar - sem prejuízo da aplicação concomitante das medidas alternativas previstas no art. 319 do CPP - de todas as mulheres presas, gestantes, puérperas ou mães de crianças e deficientes, nos termos do art. 2º do ECA e da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiências (Decreto Legislativo 186/2008 e Lei 13.146/2015), relacionadas neste processo pelo DEPEN e outras autoridades estaduais, enquanto perdurar tal condição, excetuados os casos de crimes praticados por elas mediante violência ou grave ameaça, contra seus descendentes ou, ainda, em situações excepcionalíssimas, as quais deverão ser devidamente fundamentadas pelo juízes que denegarem o benefício.

Estendo a ordem, de ofício, às demais mulheres presas, gestantes, puérperas ou mães de crianças e de pessoas com deficiência, bem assim às adolescentes sujeitas a medidas socioeducativas em idêntica situação no território nacional, observadas as restrições previstas no parágrafo acima.

Quando a detida for tecnicamente reincidente, o juiz deverá proceder em atenção às circunstâncias do caso concreto, mas sempre tendo por norte os princípios e as regras acima enunciadas, observando, ademais, a diretriz de excepcionalidade da prisão.

Se o juiz entender que a prisão domiciliar se mostra inviável ou inadequada em determinadas situações, poderá substituí-la por medidas alternativas arroladas no já mencionado art. 319 do CPP.

Para apurar a situação de guardiã dos seus filhos da mulher presa, dever-se-á dar credibilidade à palavra da mãe, podendo o juiz, na dúvida, requisitar a elaboração de laudo social, devendo, no entanto, cumprir desde logo a presente determinação.^(25, p.33-34)

Essa ação obteve maioria de votos favoráveis da Segunda Turma do Supremo Tribunal Federal.⁽²⁵⁾

A discussão tornada pública pela imprensa trouxe ao cidadão comum informações até então desconhecidas, ou propositalmente ignoradas, acerca das condições de parcela desfavorecida da população que enfrenta dificuldades no acesso à justiça, a precariedade do sistema prisional brasileiro e o descumprimento sistemático de regras constitucionais e legais concernentes ao direito de mulheres privadas de liberdade e de seus filhos. Ainda, promoveu maior visibilidade às possíveis consequências e estigmatização a que filhos de mães encarceradas são expostos e os danos passíveis de serem sofridos por esses indivíduos, com reflexos para o seu futuro, em curto, médio e longo prazos.

Considerações finais

A legislação brasileira demonstra avanços desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, em que os direitos e garantias fundamentais figuram como cláusulas pétreas e orientadoras do ordenamento jurídico nacional.

Em relação à situação específica de mulheres privadas de liberdade, que tenham filhos, a legislação prevê condições específicas para a proteção do vínculo entre ambos, com vistas à proteção integral da criança.

Entretanto, as instituições penitenciárias não apresentam as condições adequadas para abrigar mães e filhos, sendo sua estrutura precária e o ambiente insalubre, além de outras deficiências.

Assim, apesar de a legislação brasileira prever condições para a formação e manutenção do vínculo afetivo entre mãe e filho e estabelecer as condições ambientais e assistenciais necessárias, a sua aplicação não ocorre e o ambiente prisional se mostra impróprio, inadequado e insalubre para ambos, carecendo de melhorias expressivas para cumprir o objetivo de ressocialização proposto para que essas mulheres se reintegrem à sociedade depois de cumprida sua pena.

Vislumbra-se, no entanto, maior cautela das esferas judiciais em decorrência da publicidade concedida aos habeas corpus relatados pelos ministros Gilmar Mendes e Ricardo Lewandowski, que trouxeram à discussão pública tal temática, de forma contundente. Em ambos os relatos há a defesa de substituição da prisão convencional pela domiciliar, ou ainda, medidas alternativas, com vistas a proteger as crianças e suas mães, nos casos de crimes de menor gravidade, o que poderá nortear decisões futuras dos magistrados brasileiros de diferentes instâncias.

Ressalta-se, no caso de crimes de maior gravidade, a importância da manutenção

da proteção integral à criança e ao adolescente, considerando-se a aplicação de medidas como a definição pela mãe do responsável pela guarda dos filhos, do atendimento às disposições do ECA e também a proteção aos laços familiares, o que poderá ser atingido por meio do cumprimento da legislação e pelo concurso de políticas públicas eficazes.

Referências

1. ANDRADE, B. S. A. B. Entre as leis da ciência, do estado e de Deus: o surgimento dos presídios femininos no Brasil. 2011. 316f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
2. DEPEN - Departamento Penitenciário Nacional. Dados sobre população carcerária do Brasil são atualizados. Fev. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/justica-e-seguranca/2020/02/dados-sobre-populacao-carceraria-do-brasil-sao-atualizados>. Acesso em: 17.07.2020.
3. SUSEPE - Superintendência dos Serviços Penitenciários. Depen divulga Mapeamento de mulheres grávidas, idosas e doentes no sistema prisional. Abril, 2020. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_conteudo=4852&cod_menu=4. Acesso em: 19.01.21.
4. OLERJ - Observatório Legislativo da Intervenção Federal na Segurança Pública do Rio de Janeiro. Mulheres e prisão; levantamento nacional de informações penitenciárias sobre mulheres. 2020. Disponível em: <http://olerj.camara.leg.br/retratos-da-intervencao/mulheres-e-prisao-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-sobre-mulheres>. Acesso em: 19.01.21.
5. SILVA, L. R. et al. A importância da interação mãe-bebê no desenvolvimento infantil: a atuação da enfermagem materno-infantil. Revista de Enfermagem da UERJ, v.14, n.4, p. 606-612, out./dez. 2006.
6. FREUD, S. Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade, análise leiga e outros trabalhos. [1925-1926]. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
7. SILVA, R. S.; PORTO, M. C. A importância da interação mãe-bebê. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 20, n. 2, p. 73-8, 2016.
8. GUTIERREZ, D. M. D.; CASTRO, E. H. B.; PONTES, K. D. S. Vínculo mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da Psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. Revista do Nufen, v. 1, n. 2, p. 3-24, ago.-dez. 2011.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).
10. COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO PELA INFÂNCIA. (Org.). Importância dos vínculos familiares na primeira infância. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – FMCSV, 2016.
11. ENGLE, P.; LUCAS, J. E. Cuidados para o desenvolvimento da criança (CDC): manual de orientação às famílias. Trad. Instituto Alfa e Beto. 2012. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/Cuidados_para_desenvolvimento_crianca.pdf. Acesso em: 4 mar. 2020.
12. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília: Senado Federal, 2016.
13. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 3 mar. 2020.
14. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov>.

br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm#art810. Acesso em: 2 mar. 2020.

15. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm. Acesso em: 2 mar. 2020.
16. DOMINGUES, C. B.; SILVA, E. M.; MARIN, M. A. L. Mães encarceradas e filhos do crime: a realidade de uma geração invisível. [s.d.]. Disponível em: https://www.fema.edu.br/images/fema/valesite/MÃES_ENCARCERADAS_E_FILHOS_DO_CRIME_A_REALIDADE_DE_UMA_GERAÇÃO_INVISÍVEL.pdf. Acesso em: 4 mar. 2020.
17. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13257.htm. Acesso em: 6 mar. 2020.
18. ALENCASTRO, P. L. Mães presidiárias e o direito da criança e do adolescente à convivência familiar. 2015. Disponível em: http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2015_1/paola_alencastro.pdf. Acesso em: 3 março 2020.
19. POMPEU, A. Violações cotidianas: Supremo concede HC coletivo a todas as presas grávidas e mães de crianças. Revista Consultor Jurídico, 20 de fevereiro de 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-fev-20/supremo-concede-hc-coletivo-presas-gravidas-maes-criancas>. Acesso em: 5 mar. 2020.
20. AZAMBUJA, M. R. F. Os bebês filhos de mães que cumprem pena privativa de liberdade. Revista Gênero & Direito, v. 1, p. 46-67, 2013.
21. SOARES, I. R.; CENCI, C. M. B.; OLIVEIRA, L. R. F. Mães no cárcere: percepção de vínculo com os filhos. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 16, n. 1, p. 27-45, 2016.
22. SOUSA, A. A. S. et al. O fenômeno da maternagem dividida entre mulheres detentas. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 2016. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/viewFile/1078/1051>. Acesso em: 2 mar. 2020.
23. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. HC 151057. Decisão monocrática. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Paciente: Adriana de Lourdes Ancelmo. Julgado em 18 dez. 2017. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5323413>. Acesso em: 10 mar. 2020.
24. BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Assuntos Legislativos. Dar à luz na sombra: condições atuais e impossibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão. Brasília: Ministério da Justiça, IPEA, 2015.
25. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. HC 143641. Segunda Turma. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Pacientes: Todas as mulheres submetidas à prisão cautelar no sistema penitenciário nacional, que ostentem a condição de gestantes, de puérperas ou de mães com crianças com até 12 anos de idade sob sua responsabilidade, e das próprias crianças. Julgado em 20 fev. 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/voto-ministro-ricardo-lewandowski1.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

Intervenção baseada em mindfulness como estratégia de atuação com mulheres em situação de vulnerabilidade e/ou violência

Fabíola de Oliveira Lima
Sara de Pinho Cunha Paiva
Suzan Caroline Such Ribeiro

Resumo

Neste capítulo é relatada a experiência com as Intervenções Baseadas em Mindfulness (IBM) oferecidas às mulheres em situação de vulnerabilidade e/ou violência. Este trabalho faz parte do Programa Para Elas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) que assiste mulheres vítimas de diversos tipos de violências. Embora com uma adesão baixa relatada como, muitas vezes, relacionada ao custo de transporte e alteração de rotina, ainda é necessário compreender outros fatores associados. Observa-se, porém, que entre as mulheres que concluíram o programa, há evidências significativas de melhoria na qualidade de vida e de benefícios na vida pessoal, profissional e social tanto nas respostas ao questionário quanto nos relatos espontâneos das mulheres.

Palavras-chave: *Atenção plena, vulnerabilidade social, promoção de saúde.*

Neste capítulo iremos apresentar as Intervenções Baseadas em Mindfulness (IBM) oferecidas às mulheres em situação de vulnerabilidade e/ou violência. Este trabalho faz parte do Programa Para Elas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), que assiste mulheres vítimas de diversos tipos de violências (física, psicológica, sexual, moral, patrimonial).

O Ambulatório do Programa Para Elas do HC-UFMG acolhe mulheres encaminhadas pela rede pública de saúde de Belo Horizonte ou advindas do serviço de porta aberta (quando é possível ligar e agendar). Segundo a professora Elza Melo, mentora deste Programa, a função deste ambulatório é “criar redes, fazendo brotar outras ações de enfrentamento e de superação da violência contra a mulher”¹. O programa tem como alicerce os princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde, assim realiza articulações intra e intersetoriais^{2,3}. Dentre estas, destacaremos aqui a associação com o Ambulatório de Violência Sexual HC-UFMG, que acolhe as mulheres vítimas de violência sexual provenientes do Pronto Atendimento do HC-UFMG⁴.

O desafio dos serviços disponíveis para atenderem às necessidades das vítimas de violências é grande e permanente. As vivências de situações de violência com frequência geram demandas complexas e que exigem articulação de uma rede multidisciplinar de cuidados. Assim, na maioria das vezes, essas mulheres demandam atendimentos multi e interdisciplinares para tratar de problemas físicos, mentais, sociais, de segurança e jurídicos.

Buscando enfrentar estes desafios e baseando-se em evidências científicas que mostram os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares-PIC, o Ambulatório Para Elas incluiu essas práticas na relação de cuidados que oferta⁵. As PIC são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir doenças físicas e mentais, tais como depressão e hipertensão. São usadas também como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas⁵. Neste capítulo iremos nos ater às Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM), técnica milenar baseada no budismo e que pode ser traduzida como atenção plena, isto é, atentar-se ao presente, ao aqui e agora, com aceitação e sem julgamento⁶.

Mindfulness como Estratégia de Atuação com Mulheres em Situação de Vulnerabilidade e/ou violência

De acordo com o Protocolo de Atenção Básica à Saúde das Mulheres⁷, durante a avaliação global da mulher podemos identificar vários sinais de alerta de violência, tais como: transtornos crônicos, vagos e repetitivos; lesões físicas que não se explicam como acidentes; sintomas depressivos; história de tentativa de suicídio ou ideação suicida;

ansiedade; transtorno de estresse agudo; transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), dentre outros. As IBM têm sido apontadas como uma abordagem eficiente principalmente no que se refere a redução dos sintomas psicológicos como aqueles de depressão, ansiedade e estresse⁸.

O *Mindfulness* tem sua origem nas tradições orientais, especialmente o budismo. Segundo Jon Kabat-Zinn⁹, “*Mindfulness consiste essencialmente em uma maneira específica de prestar atenção, e na consciência que surge ao se prestar atenção dessa maneira. É um modo de olhar profundamente para si mesmo, no espírito de auto investigação e autocompreensão.*” Nas últimas décadas o *Mindfulness* vem tendo especial destaque dentro de alguns ramos da ciência, particularmente da Medicina, Neurociências e Psicologia. As intervenções baseadas nessa técnica de atenção plena têm demonstrado a sua eficácia em diferentes contextos da clínica^{10,11}.

Em estudo pioneiro, Shapiro¹² demonstrou os benefícios da utilização das técnicas do programa de *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) com estudantes de medicina. Os resultados mostraram a presença de alterações biológicas e psicológicas após a realização do programa, tais como: melhora no funcionamento do sistema imune; diminuição dos níveis de ansiedade e depressão; aumento no poder de empatia e espiritualidade; melhor conhecimento de terapias alternativas como formas de tratamento médico; melhor conhecimento dos efeitos negativos do estresse; melhor conhecimento e utilização de técnicas positivas para enfrentamento aos fatores de estresse; e maior habilidade em resolver conflitos.

Alguns projetos pioneiros utilizando IBM têm sido realizados na Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG e HC-UFMG), com o objetivo de diminuir os níveis de estresse, ansiedade e depressão e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e bem-estar geral de pacientes com enfermidades ginecológicas como síndrome dos ovários policísticos, infertilidade, câncer de mama e de colo do útero¹³. Após reconhecer que mulheres em situação de violência sexual se confrontam com múltiplos fatores estressantes, tanto físicos como psicológicos, observou-se a necessidade de ofertar IBM também para essas mulheres. A proposta é que as IBM possam auxiliar as mulheres no processo de autoconhecimento, na regulação emocional, no reconhecimento de pensamentos ruminativos e negativos (que mantêm ou exacerbam os quadros de ansiedade, depressão e estresse) bem como no reconhecimento dos *flashbacks*, aprendendo a lidar com eles¹⁴.

Intervenções baseadas em mindfulness (IBM) no para elas

No final da década de 70, Jon Kabat-Zinn, desenvolveu a primeira proposta de utilizar intervenções baseadas em *Mindfulness*, para pacientes com dores crônicas na

Clínica de Redução do Estresse no Centro Médico da Universidade do Massachusetts; é o autor do primeiro protocolo de *Mindfulness*, o *Mindfulness* Baseado na Redução do Estresse-MBRS. Atualmente, além do MBRS, os protocolos de *Mindfulness* validados e mais divulgados são: o *Mindfulness* Baseado na Terapia Cognitiva-MBCT; o *Mindfulness* Baseado na Prevenção de Recaídas-MBRP e o *Mindfulness* Baseado na Promoção da Saúde-MBHP^{15, 16}.

Considerando a importância do *Mindfulness* como estratégia para lidar com sintomas de ansiedade, estresse, depressão, bem como melhora na qualidade de vida, desde 2016 passou-se a oferecer grupos de IBM a mulheres vinculadas ao Programa Para Elas. As mulheres interessadas participam de encontros nos quais recebem orientações sobre *Mindfulness* bem como podem vivenciar algumas práticas. Além disso, são orientadas quanto à importância de tratamentos complementares para o manejo satisfatório dos sintomas emocionais e afetivos associados à violência, como depressão, ansiedade e TEPT.

O protocolo utilizado no Programa Para Elas foi adaptado pela Dra^a Sara de Pinho Cunha Paiva, Professora Adjunta de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG e Médica do Hospital das Clínicas da UFMG. O objetivo é ofertar um espaço seguro para mulheres acometidas por violência na região metropolitana de Belo Horizonte e Minas Gerais no qual são dadas orientações e realizadas práticas de *Mindfulness*, além de incentivo a incorporar tais práticas no seu dia a dia. Desta forma, busca-se ensinar às pacientes a lidarem com os fatores de estresse do dia a dia, assim como com os fatores decorrentes da violência sofrida. As IBM, neste caso, podem atuar como uma assistência antiestresse.

Metodologia

As mulheres se encontram durante 08 semanas consecutivas, para realização das IBM, sendo uma vez por semana por 2 horas, na Faculdade de Medicina da UFMG. Durante o encontro inicial é apresentada uma aula expositiva sobre fisiopatologia do estresse e sobre a IBM. Nos demais encontros são realizados: meditação *Mindfulness*, *check-in* (relato individual de percepção do bem-estar e autocuidado), introdução e prática de uma técnica de *Mindfulness*, seguidos de processamento da técnica aplicada. Para acompanhar o desenvolvimento das mulheres durante o grupo, são aplicados 2 questionários específicos para avaliar níveis de depressão, ansiedade e estresse (DASS 21 – *Depression, Anxiety e Stress Scale-21*) e qualidade de vida (*Psychological General Well-Being Index – PGWBI*) no primeiro e último encontros.

Desta forma, a cada semana uma nova técnica é demonstrada, conforme descrito a seguir:

Semana 1: Preenchimento dos questionários.

Introdução a intervenção baseada em *Mindfulness* e Gestão do Estresse e diretrizes sobre andamento do grupo;

Técnica: Desenhos como forma de expressão do momento.

Desenho 1: Eu – Como me sinto hoje;

Desenho 2: Eu com meu maior problema;

Desenho 3: Eu – Como gostaria de ser ou estar.

Semana 2: Introdução às técnicas de Meditação.

Técnica: Meditação *Mindfulness* (Atenção Plena) e Alimentação *Mindfulness*.

Semana 3: Meditação;

Técnica: Visualização (Lugar Especial).

Semana 4: Meditação;

Técnica: Visualização (Encontro Especial).

Semana 5: Meditação;

Técnica: Visualização (Diálogo com o corpo).

Semana 6: Meditação;

Técnica: Visualização (Compaixão - Importância do Perdão).

Semana 7: Meditação;

Técnica: *Body Scan* (Exercício de auto relaxamento). Prática com utilização de aparelhos de *biofeedback*.

Semana 8: Fechamento e preenchimento dos questionários após finalização do grupo.

Técnica: Desenhos como forma de expressão do momento.

Desenho 1: Eu – Como me sinto hoje;

Desenho 2: Eu – Como gostaria de ser ou estar;

Desenho 3: O que preciso fazer para chegar lá, onde gostaria de estar.

Todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; a pesquisa com as mulheres do Para Elas foi aprovada pelo COEP-UFMG, nº CAAE: 19748819.3.0000.5149.

Resultados e dados dos participantes dos grupos

Desde 2016, foram realizados 19 grupos, tendo um total de 64 mulheres participantes. Para cada grupo são convidadas em média de 15 a 20 mulheres que se inscreveram previamente. Conforme pode ser observado na Tabela 1, 52% das mulheres que iniciaram nos grupos (n=33) participaram de 5 ou mais encontros. Contudo, tanto no que se refere a iniciar no grupo quanto a permanecer no mesmo, informalmente, dois

fatores são relatados pela maioria das mulheres como dificultadores de permanência e maior participação: custo do transporte e alterações da rotina (por exemplo, troca de horário de trabalho sua ou de acompanhante).

Tabela 1: Número Total de Encontros Concluídos pelas Participantes

| Número de Encontros | Participação nos Encontros (N) | Participação nos Encontro |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 1 | 11 | 17,19% |
| 2 | 7 | 10,94% |
| 3 | 4 | 6,25% |
| 4 | 7 | 10,94% |
| 5 | 8 | 12,50% |
| 6 | 6 | 9,38% |
| 7 | 8 | 12,50% |
| 8 | 11 | 17,19% |
| Dados perdidos | 2 | 3,13% |
| Total | 64 | 100% |

As mulheres, que participaram deste trabalho, tinham em média 46 anos, apresentando uma variabilidade alta de idade, dos 13 aos 77 anos. As participantes em sua maioria residiam com familiares (74%) e 47% encontravam-se em um relacionamento estável. (Figura 1) Entre as mulheres que participaram deste trabalho é grande a evidência dos transtornos psiquiátricos, 78% apontam histórico de transtornos afetivos na família e 80% delas afirmam que têm transtornos afetivos. (Fig 2)

Quanto ao uso de medicações psicotrópicas, 54% delas fazem uso de medicação, sendo que 33% fazem uso de antidepressivos, 19%, usam ansiolíticos e 2% associam antidepressivos com ansiolíticos. Entretanto, é bastante significativo o número de mulheres

Figura 1- Reside com Familiares e Relacionamento afetivo

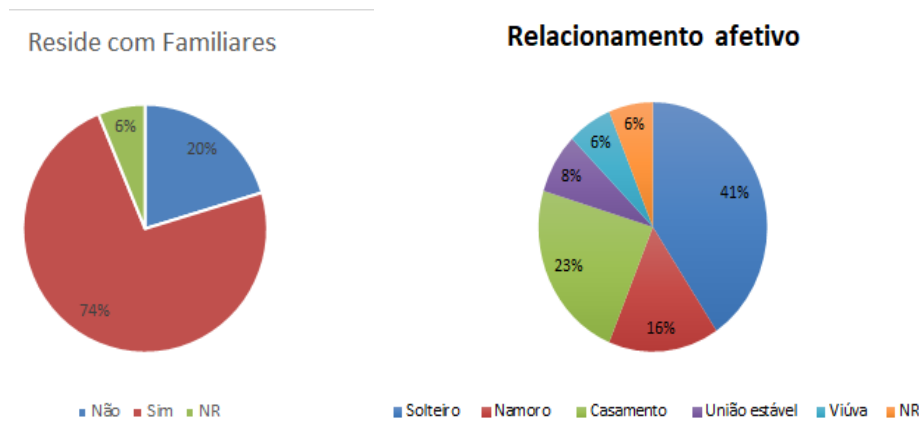
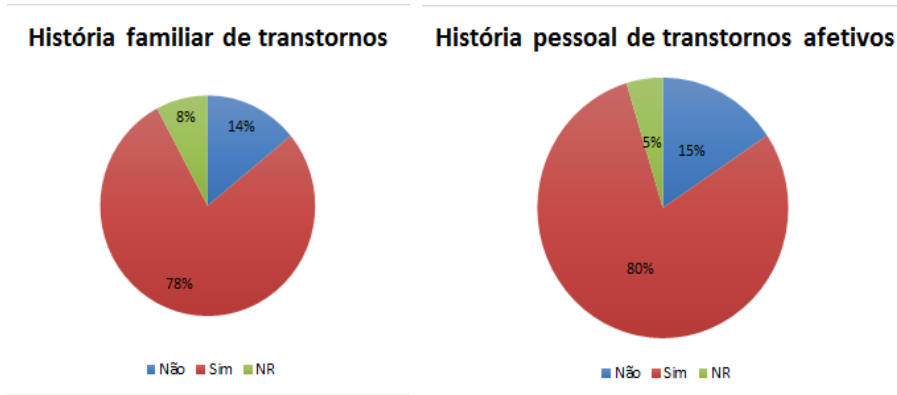
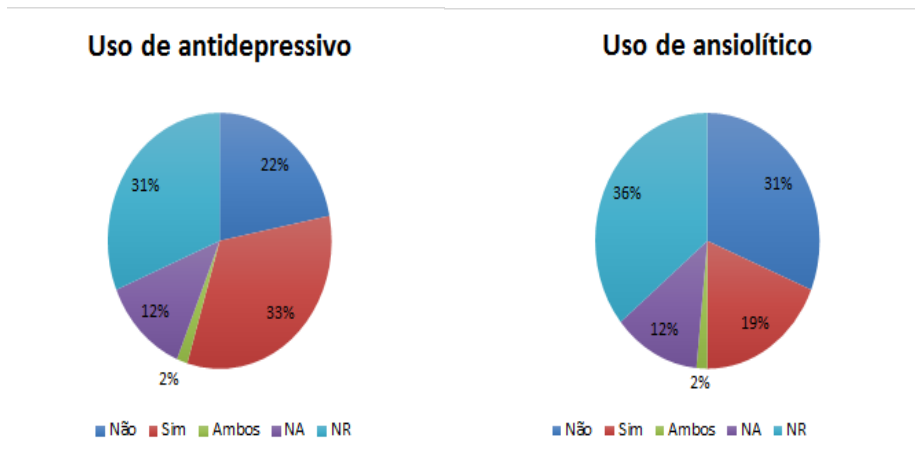


Figura 2- História Familiar e Individual de transtornos afetivos



que não responderam sobre o uso de antidepressivo (33%) e ansiolíticos (36%). Isto pode ser indicativo de não compreensão da pergunta ou constrangimento, sugere melhor investigação. (Figura 3)

Figura 3 - Uso de antidepressivo e de ansiolítico



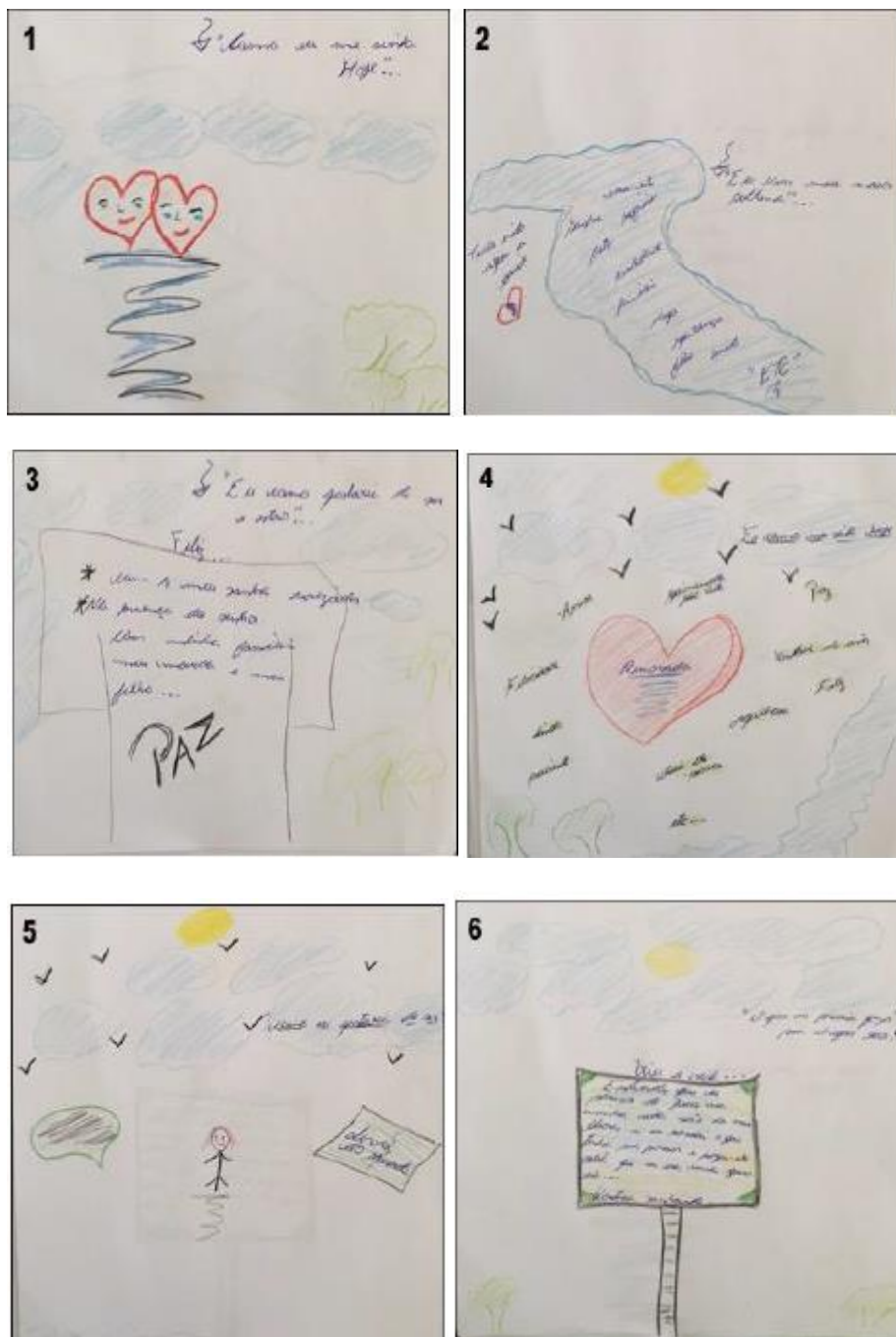
Em relação às atividades vivenciadas nos encontros podemos destacar os desenhos desenvolvidos no grupo. Este momento proporciona reflexões e podemos observar a diferença do antes e depois das práticas de *Mindfulness*. Na Imagem 1, observam-se os desenhos de uma participante, sendo os 3 primeiros realizados no primeiro encontro e os 3 últimos no último encontro.

- Desenho 1: Eu – Como me sinto hoje;
- Desenho 2: Eu com meu maior problema;
- Desenho 3: Eu – Como gostaria de ser ou estar.
- Desenho 4: Eu – Como me sinto hoje;

Desenho 5: Eu – Como gostaria de ser ou estar;

Desenho 6: O que preciso fazer para chegar lá, onde gostaria de estar.

Figura 4: Desenhos realizados por uma participante no Primeiro e Último encontro



Observa-se que no desenho 3 ela expressa que gostaria de ter “paz” e no último encontro uma das palavras que insere em seu desenho sobre como se sente é “paz”. É frequente as mulheres expressarem como o grupo contribui na sua percepção do dia a dia, melhorando sua qualidade de vida.

O efeito do programa para as mulheres pode ser observado pelo *feedback* no último dia do grupo fornecido pelas 27 participantes que estiveram presentes, conforme observado nos gráficos a seguir (Figuras 5 e 6)

Figura 5 – Efeitos do Programa para a vida da mulher

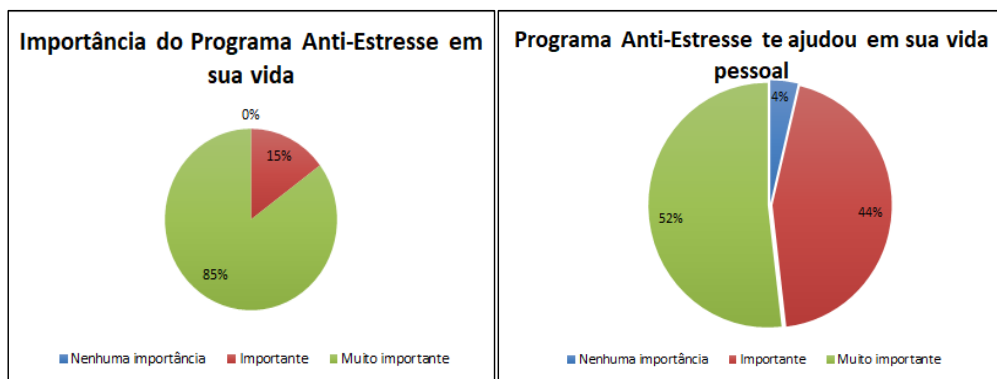
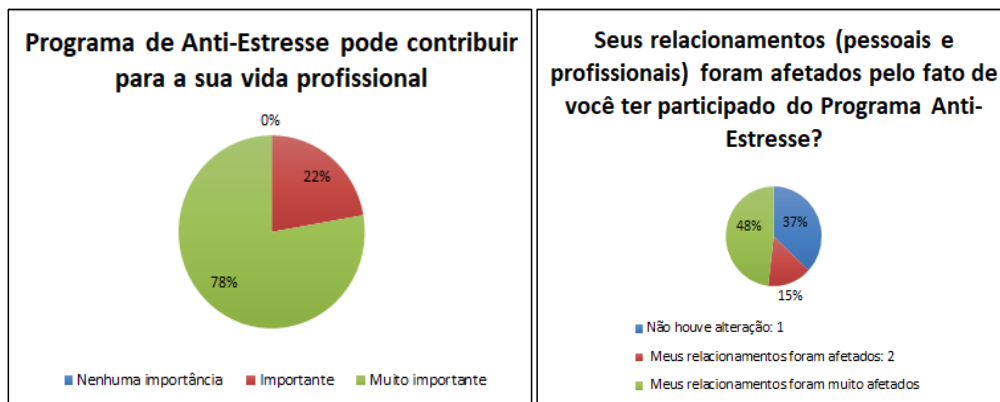


Figura 6 – Efeitos do Programa para a vida profissional e relacionamentos



Em entrevista a TV UFMG¹⁷, participantes deram seus depoimentos sobre sua participação no Grupo de Intervenção em *Mindfulness*:

“Quando eu cheguei aqui eu cheguei muito triste, muito pra baixo, muito infeliz...e com as técnicas daqui do grupo da Dra Sara, né, eu tô me sentindo outra pessoa, tô me sentindo assim... tô aprendendo muita coisa, tô aprendendo a pensar no presente.” (M.R.)

relacionadas à acessibilidade (internet e aparelho compatível com a tecnologia necessária). Apesar disso, esta pode ser uma alternativa que amplie as possibilidades de participação deste público. Assim que for possível retomar a intervenção presencial, os novos grupos poderão acontecer nos dois formatos, dando às participantes a oportunidade de escolha da melhor modalidade que atenda às suas necessidades.

O trabalho ainda enfrenta desistência e problemas de engajamento desse público, que podem estar associados às dificuldades mencionadas de custo de transporte e alteração de rotina. Compreender os fatores associados é essencial para melhorar a adesão. Observa-se, porém, que entre as mulheres que concluíram o programa, há evidências significativas de melhoria na qualidade de vida e de benefícios na vida pessoal, profissional e social tanto nas respostas ao questionário quanto nos relatos espontâneos das mulheres.

Assim, a singularidade do processo, porém, bem como as conquistas daquelas que concluem são aspectos benéficos que estimulam a continuidade do trabalho.

Referências

1. Hospital das Clínicas Universidade Federal de Minas Gerais - HC-UFMG, Novo ambulatório vai atender mulheres vítimas de violência sexual.[Publicado em 10/01/17 Última atualização: 12/05/17]. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/1746210/2017-05-novo-ambulatorio-vai-atender-mulheres-vitimas-de-violencia-sexual
2. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde 3a edição Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7 Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
3. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de NOVEMBRO DE 2014 Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
4. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
5. Ministério da Saúde Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>
6. Jon Kabat-Zinn (2011) Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps, *Contemporary Buddhism*, 12:1, 281-306, DOI: 10.1080/14639947.2011.564844 Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>
7. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
8. Mouzinho Leandro, Costa Nazaré, Alves Thallyssa, Silva Stephanie, Lima Lucas de. Contribuições do mindfulness às condições médicas: uma revisão de literatura. *Psic., Saúde & Doenças* [Internet]. 2018 Ago [citado 2020 Dez 30]; 19(2): 182-196. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000200002&lng=pt <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190202>.
9. Kabat-Zinn, J. *Viver a catástrofe total*. Palas Atenas, 2019.

10. Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143. Doi: 10.1093/clipsy.bpg015
11. Bushell W, Castle R, Williams Ma, Brouwer KC, Tanzi RE, Chopra D, Mills PJ. Meditation and Yoga Practices as Potential Adjunctive Treatment of SARS-CoV-2 Infection and COVID-19: A Brief Overview of Key Subjects. *J Altern Complement Med*. 2020 Jul;26(7):547-556. doi: 10.1089/acm.2020.0177. Epub 2020 Jun 22. PMID: 32579021.
12. Shapiro SL, Schwartz G, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med*. 1998; 21(6):581-599.
13. Paiva SPC, Nery SF, Magalhães EB, Couto BGM, Amaral CAV, Campos FMF, et al. Impact of a short-term, mindfulness-based stress reduction program on the well-being of infertile women: a mixed-method study. *Journal of Endometriosis* 2015; 7(4):136-40.
14. Hatzenberger, Roberta et al . Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. *Ciênc. cogn.*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. -94 110, ago. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000200009&lng=pt&nrm=iso.
15. Demarzo, M. & Garcia-Campayo J. Mindfulness Aplicado à Saúde (Mindfulness for Health) In book: PROMEF - Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) (pp.125-64), Edition: 12(1), Chapter: 4, Publisher: Artmed Panamericana, Editors: Augusto DK, Umpierre RN. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317225586_Mindfulness_Aplicado_a_Saude_Mindfulness_for_Health
16. Instituto Ohara Mindfulness Integrativo Disponível em: <https://www.institutoohara.com.br/o-que-e-mi#:~:text=Os%20protocolos%20utilizados%20no%20Mindfulness,princ%C3%ADpios%20do%20Mindfulness%20Funcional%2C%20todos>
17. TV UFMG. 2019. Mindfulness: técnica, que é ensinada a pacientes do Hospital Clínicas, tem eficácia comprovada. YouTube. <https://youtu.be/d4PombPnT3k>

A população em situação de rua no município de Belo Horizonte e violência: uma análise a partir da perspectiva de identidade de gênero

Sergio Rosa Neves Temponi

Samuel Machado da Silva

Edvaldo Anastácio

Lindalva Guimarães Mendes

Resumo

O presente estudo pretendeu ampliar as discussões acerca da população em situação de rua e da violência, com foco nas mulheres trans. Nosso olhar é para as pessoas em situação de rua com identidade de gênero feminina (transvestigêneres), que assim como as mulheres cis, precisam lidar com a indiferença da sociedade e com a discriminação por parte dos demais usuários que utilizam as ruas para moradia e sobrevivência. Para isso utilizamos da análise de três pesquisas do Mestrado de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (FM-UFMG). Nesses estudos ficou evidenciado como a trajetória de violência impacta as vidas dessas pessoas, algo que requer a construção de uma política inclusiva e garantidora das mínimas condições de cidadania. Por fim, pretende-se contribuir com as discussões sobre o tema e oferecer perspectivas de informações para qualificar serviços públicos municipais no atendimento e acompanhamento ao público trans em situação de rua.

Palavras-chaves: Políticas públicas. População em Situação de Rua. População LGBTQIAP+. Mulheres Trans. Violência.

Introdução

O presente artigo discutiu a violência no universo de mulheres trans em situação de rua em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Para isso, foram apresentados o fenômeno da população em situação de rua e a violência ao público em questão, a partir de três pesquisas de mestrado que circunscreveram o universo das ruas no horizonte da violência.

Partimos do pressuposto que a violência contra a mulher se apresenta através de diferentes facetas, sendo principais: física, moral, psicológica e material. A violência amplia sua dimensão junto aos grupos vulnerabilizados, agravando as violações de direitos em detrimento à proteção social.

Neste contexto, os grupos minoritários: mulheres, negros, indígenas, LGBTQIAP+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (transvestigêneros), Identidade Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais), população em situação de rua, dentre outros, sofrem diversos tipos de violência em decorrência da condição de vida nas ruas. Opta-se pelo uso dessa sigla (LGBTQIAP+) com a perspectiva de ampliar a visibilidade como prática afirmativa para a comunidade em geral, não reduzindo apenas aos descritores arcaicos que não correspondem com o real da diversidade (GLS), mas para além do midiaticado LGBT, que possa suscitar interesses investigativos para todos os segmentos.

Outro ponto que se faz necessário elucidar é em uma tentativa contemporânea para se referir a pessoas T (travesti, transexuais e transgêneras) nesta pesquisa, para abarcar a categoria, acrescido da terminação “e” para ampliar também, o conceito de masculino e feminino é cunhado pela transativista Indianare Siqueira que traduz tal palavra como uma luta ainda em crescimento, “para designar pessoas que se entendem para além de vestes, roupas ou órgãos genitais” – abrangendo travestis, transexuais, pessoas não-binárias, incluindo também a bicha afeminada e a sapatão caminhoneira. Na visão de Indianare, isso se deu porque, acredita-se na potência transgressiva dessa palavra, que denuncia a urgente necessidade de reconstruir conceitos, causar rupturas nos processos subjetivos, e registrar a potência dos atravessamentos que se dão com a interseção dessas temáticas.

Desta forma, o objetivo desse estudo é compreender de que forma a violência, em seus diversos aspectos, atingem a vida das mulheres trans em situação de rua. Acredita-se que as mulheres trans com trajetória de vida nas ruas são vítimas de violências de forma mais intensa que as mulheres cisgênero na mesma condição, exigindo delas estratégias de sobrevivência peculiares em relação as demais mulheres.

Para compreender a violência sofrida pelo universo feminino em situação de rua será utilizada a metodologia de análise de três pesquisas com referenciais teóricos diferentes, entretanto, com a mesma população, mulheres trans. A importância desta análise se deve a dois pontos: primeiro por se tratar de uma temática relevante no campo epistêmico e social,

segundo pela temporalidade dos estudos serem recentes. Duas pesquisas referem-se ao ano de 2018 e o terceiro, 2020 respectivamente.

Por fim, o estudo sistêmico das três pesquisas nos permite ampliar diversas perspectivas interventivas e teóricas, em uma tentativa de aprimorar os olhares, para que as políticas públicas (re)conheçam mais as usuárias transvestigêneres, possibilitando uma melhor atenção às especificidades do público LGBTQIAP+,

O termo “população de rua” carrega estigmas e preconceitos sociais. Isso porque as pessoas que se encontram nessa situação costumam ser responsabilizadas por estarem nesta condição, sendo muitas vezes tratadas como uma ameaça à sociedade, despertando não apenas uma reação de medo, mas também de repulsa, descaso e invisibilidade social.

Se houve um avanço das políticas, em face da população em situação de rua, isso se deve ao aprimoramento de seu conceito. Vale dizer que esse avanço ainda é recente, bem como a constituição e caracterização da população em situação de rua. Há que observar que a primeira pesquisa de recenseamento desse público, em nível nacional, se deu no Brasil apenas em 2009. São Paulo, Belo Horizonte e Recife não foram pesquisadas, pois haviam realizado pesquisas em anos anteriores. Foram identificadas, à época, 31.922 pessoas em situação de rua (0,06% do total da população), onde 82% eram homens, 68,6% se declararam negros e 63,5%, pardos. Neste mesmo ano, o Decreto nº 7.053/2009, elaborou uma definição sobre a população em situação de rua.

Grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória’.

O município de Belo Horizonte realizou três pesquisas censitárias. No ano de 1998 foram identificadas 916 pessoas vivendo nas ruas. Em 2005, 1.164, já em 2013, foi considerado apenas o público adulto, com aproximadamente, 1.827 pessoas em situação de rua na cidade. Nesse universo, 86,8% eram compostos por homens, com média de idade de 39,6 anos. Entre os entrevistados, 79,5 % se declararam pardos ou negros. O principal motivo apontado para saída das ruas foi, segundo 52,2% dos entrevistados, os conflitos familiares. Em seguida foi relatado o uso de álcool, seguido pela falta de moradia, falta de trabalho, e insuficiência de renda. Naquilo que nos importa 93,7% se declaram heterossexual, 3,1% gays, 1,6% bissexuais, 0,8% Transexuais, 0,6% lésbicas e 0,2% têm outra orientação sexual.

Vale observar-que somente em Belo Horizonte há esses dados sobre a orientação sexual. Porém é de conhecimento geral que o universo das ruas é um ambiente muito hostil

para o público trans, o que exige políticas públicas mais eficientes para populações nessa condição.

Violência e população de rua

Peculiarmente o objeto de investigação dos três estudos analisados se deu na cidade de Belo Horizonte, entretanto pode-se dizer que a realidade aqui captada, não diferem muito de fenômenos de violência contra mulheres trans encontrados em outras cidades e espaços do Brasil.

É importante observar que a pesquisa A população de rua no universo da violência e agressividade² é de natureza conceitual, já no caso das pesquisas Representações sociais das mulheres em situação de rua na regional centro-sul de Belo Horizonte sobre a violência³, e Proteção Social e produção do cuidado a travestis e mulheres Trans em situação de rua no município de Belo Horizonte⁴, explora-se ainda, as entrevistas narrativas do público-alvo.

A primeira obra², o autor aborda o conceito de violência e agressividade². O autor atenta que a população em situação de rua, vive sobre o universo da violência em suas múltiplas faces, e discute a noção de agressividade, a partir das contribuições da psicanálise, como algo constitutivo do ser humano. Nesse estudo, o autor considera legítima a resposta agressiva dos usuários a violência, em vista das constantes violações que sofrem nas ruas e instituições. Porém, essa manifestação da agressividade, que não é a violência em si representada, é repelida pelas pessoas, como sendo uma expressão, senão da delinquência, sendo, portanto, rechaçada e com o apelo de ser tratada ou domesticada, à guisa de intervenções de cunho medicamentosa ou pela força da lei, quiçá a privação da liberdade.

Ao que se verifica a população em situação de rua, a partir de estudos, pesquisas, atendimento e acompanhamento nas diferentes políticas públicas, sofre diversas formas de violência. Para a discussão sobre a violência o autor se apoia na concepção de violência, que discute a violência numa dimensão conceitual, pouco usual e crítica⁵. O filósofo elabora seu conceito de violência em duas dimensões principais, subjetiva e objetiva.

A questão é que as violências subjetiva e objetiva não podem ser percebidas do mesmo ponto de vista: a violência subjetiva é experimentada enquanto tal contra o pano de fundo de um grau zero de não violência. É percebida como uma perturbação do estado de coisas “normal” e pacífico. Contudo, a violência objetiva é precisamente aquela inerente a esse estado “normal” de coisas. A violência objetiva é uma violência invisível, uma vez que é precisamente ela que sustenta a normalidade do nível zero contra a qual percebemos algo como subjetivamente violento. Assim, a violência sistêmica é de certo modo algo como a célebre “matéria escura” da física, a contrapartida de

uma violência subjetiva (demasiado) visível. Pode ser invisível, mas é preciso levá-la em consideração se quisermos elucidar o que parecerá de outra forma explosões “irracionalis” de violência subjetiva^{5p.17-18}

A violência, assim nesse jogo de discurso, aparência e verdade, é muitas vezes localizada apenas na autoria da pessoa em situação de rua. Neste funesto processo, a violência torna-se um acontecimento na vida de milhares de pessoas nas ruas, como se fosse um impiedoso destino.

Assim, se torna exequível à explicação e justificação, tanto ética e moral de vários cidadãos, contrário a presença e o comportamento dessas pessoas nas ruas, donde se legitima e naturaliza o exercício da violência sobre elas. Daí se depara com a violência em seu caráter subjetivo, na sua natureza física, ou objetiva, numa gramática que perpassa a dimensão do estigma, do preconceito e das práticas discursivas e institucionais, sustentados socialmente pela violência simbólica.

Na pesquisa de Anastácio², o autor observa que há àqueles cidadãos que optam, como se relata nas abordagens diárias, pela decisão de viver nas ruas, embora, muitos não compreendam essa decisão. Fato é que “indiferente a sua escolha, a pessoa em situação de rua é um cidadão de direito e não pode devido a sua “escolha” sofrer uma espécie de sanção social, isto é, ser penalizado com a indiferença ou com violações”^{2 p.107}, perpetradas tanto por municípios, quanto pelas diversas políticas públicas.

Ao tratar da violência nas ruas, no que tange a população LGBTQIAP+, a dimensão da violência se torna ainda mais agravante, a partir de um cíclico e ritualístico processo de violações. Para Anastácio², essa violência se refere a um corpo visto como “indisciplinado, abjeto, monstruoso, que desloca as normas”^{2 p.187}, que traz o incômodo em sua nova escolha sobre o gênero. Ou seja, uma violência que recai sobre o corpo no “estado transitório, incessantemente redefinido em função dos encontros nos quais não cessa de engajar-se (encontro com os ambientes, com as informações, com os discursos)”^{5 p.344}.

Aqui, nos é oportuno, lembrar Judith Butler, “o gênero se constrói através das relações de poder e, especificamente, de restrições normativas”^{7 p.14}. Isso denota a dificuldade desse público na transição entre a casa, a rua e a instituição.

Anastácio pondera, a partir da questão de Butler, apontadas em seu pequeno texto: *Corpos que importam (Bodies that matter)*. O texto foi traduzido com a permissão da autora e ainda dos editores Taylor and Francis Group LLC Books, pelos professores Magda Guadalupe dos Santos e Sérgio Murilo Rodrigues do Departamento de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Reflete-se “que corpos chegam a importar?” E por quê? Que corpo é esse? O corpo que se desloca da norma? O corpo repudiado nos espaços públicos? O corpo recrutado pelo tráfico? O corpo sumariamente agredido e assassinado pela violência coletiva? Por que não me importo? Ou por que não

reivindico ou me enluto com o corpo indisciplinado?² p.187.

A violência sobre esse corpo transita impune e indiferente pela cidade, em espaços públicos e privados. Anastácio² recupera um depoimento de um recenseado no Terceiro Censo de População em Situação de Rua e Migrantes de Belo Horizonte de 2013, em que o usuário fala da reação da sua mãe quando ele assumiu sua identidade de gênero.

Tinha onze pra doze anos, eu sofri pela parte da minha mãe, quando eu assumi. Primeira coisa que ela falou comigo: quando cê quiser vim a minha casa cê vem vestido de homem, não vem vestido de mulher não. Peguei, falei com ela: então a partir de hoje considera mais um filho seu morto. Que na sua casa eu não venho mais. Então pra mim, a partir de hoje, família eu não tenho também⁷ p.163.

Para Junior e Riani⁸, o controle social exercido pela heteronormatividade faz com que aqueles que não seguem a norma estabelecida, ou seja, os não heterossexuais, “acabam sofrendo preconceitos, violência e discriminações. E aqui estamos falando de grupos que são os gays, as lésbicas, os bissexuais, as travestis e as pessoas Transgêneros”⁸ p.189.

Na visão de Campos e Moretti-Pires¹⁰ o padrão heteronormativo e a legitimação social intrínseca, resulta em segregação e discriminação do grupo social que não se identifica com a heteronormatividade. Esse processo se traduz em violência e discriminação e aparece de forma muito mais recorrente quando falamos a respeito da população de rua LGBTQIAP+, que tem seus conflitos muitas vezes iniciados no ambiente doméstico. Por isso, “não são raros os casos de indivíduos que são expulsos de casa ou abandonam a casa da família por não seguirem o padrão heteronormativo”¹⁰ p.2.

Campos e Moretti-Pires¹⁰ consideram ainda que o controle da sexualidade é visivelmente percebido nos espaços que frequentamos na nossa cidade, sejam eles públicos ou privados. Assim, não há espaços neutros, considerando que os aspectos sociais e culturais, são espaços que foram estruturados pelas relações sociais e de poder¹⁰. Não obstante, essa carga de influências é intensamente percebida na vida dos que se identificam como moradores de rua. Utilizamos neste trabalho os termos: pessoa em situação de rua para referirmos às pessoas que se encontram nas ruas e não morador/a de rua, por entendermos que a condição de vida nas ruas é circunstancial e não uma eleição deliberada.

A discussão da construção, utilização e legitimação de discursos no espaço público e privado é central quando se trata da população de rua. Neste caso, há uma junção dos âmbitos público e privado, na medida em que o espaço público é também o privado e vice-versa. (...) Ao estudar a população LGBTQIAP+ moradora de rua deve-se considerar o conceito de exclusão, vinculado radicalmente às desigualdades sociais. Segundo Giddens (2012, p.325), a exclusão social refere-se

aos graus ou formas de afastamento de pessoas do pleno envolvimento na sociedade, pelos planos da socialização, economia e política¹⁰.

Temponi³ nos diz que desde os tempos remotos no nosso país encontra-se o fenômeno das pessoas em situação de rua, tendo seu surgimento ancorado aos processos de colonização pelo qual o Brasil passou, em que a relação entre colonizador e colonizado foi marcado pela violência, discriminação e exclusão³. Não obstante, se a discriminação e a exclusão marcam a história da população em situação de rua no Brasil, a identidade de gênero, surge como um agravante, haja vista que ela é uma condição quase inevitável para violência.

Público trans que vive nas ruas

Passemos então às duas pesquisas que investigaram, a partir de entrevistas, narrativas e análises de dados o universo da população Trans no horizonte da violência. Já no início da sua pesquisa, Sergio Rosa Neves Temponi³, realiza a caracterização do perfil das pessoas em situação de rua que propôs abordar.

Sabemos, pela experiência desenvolvida nas políticas públicas de Assistência Social que tais pessoas (...), vêm de uma trajetória de expulsão de seus lares, por conflitos familiares, em que não se suporta o que é fora dos enquadres normativos. Muitas situações são de pessoas Lésbicas, gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Identidade Queer, Intersexuais, Assexuais e Pansexuais e (LGBTQIAP+), pessoas que foram excluídas de seus afetos por violências e abusos sexuais, localizando exclusão social, familiar e relacional em todos os níveis. (...) Pessoas que estão em constante exposição de sua integridade física, mental, social³ p.13.

Sob o aspecto metodológico, Temponi trabalha com duas representações: o Materialismo Histórico-dialético e a Teoria das Representações Sociais em Movimento. Através desta análise pode-se perceber a tensão existente na relação entre as pessoas que vivem em classes sociais diferentes, ou grupo hegemônico versus o grupo de resistência, que fica mais visível quando lidamos com a situação de privação e vulnerabilidade.

Seguindo essas duas perspectivas teórico conceituais, o fenômeno de população de rua, não é recente e se mantém na sociedade como um todo. E ainda se reafirma que no Brasil esse processo ganha nuances muito específicas em relação a outros países, como a colonização, período de escravidão, e os avanços da sociedade moderna capitalista. Porquanto, em todos esses momentos históricos temos relações de tensão entre as pessoas e seus grupos sociais.

A ocorrência de pessoas vivendo nas ruas é inerente ao espaço urbano e ao crescimento das cidades como local onde as pessoas passam a viver e a desenvolver suas atividades, sendo o principal

espaço de convivência humana. Como consequência desse novo modo de vida e de suas implicações econômicas e sociais, passou a existir, em diferentes momentos históricos, registros de pessoas fazendo das ruas seu espaço de moradia^{3 p. 30}.

Temponi demonstrou que a Regional Centro-Sul de Belo Horizonte, considerando que há 09 regionais administrativas, detém praticamente 70% de toda a população em situação de rua da cidade.

Segundo dados do Sistema Informatizado de atendimento ao Cidadão (SACWEB) referenciado pelo Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) Centro Sul no período de 01/01/2018 a 17/06/2018 obtivemos o número de 68 solicitações de pessoas que pediram intervenções para um número de 24 respostas dessas mesmas solicitações. Já no segundo semestre, obtivemos pelo SACWEB da prefeitura no período de 17/06/2018 a 17/12/2018, um total de 131 solicitações e 129 execuções, com apenas 2 solicitações indeferidas. O que representa um elevado número de demanda para atuar juntamente a pessoas em situação de rua^{3 p.11-12}.

Conforme Temponi³, nos 09 primeiros meses do ano de 2018 foram realizados 276 encaminhamentos de população em situação de rua para a rede de atenção, proteção e políticas públicas. Apurou-se que 137 encaminhamentos foram para a Gerência Regional de Programas de Transferência de Renda e Geração de Trabalho, ou seja, 50% dos atendimentos realizados. Os demais casos foram direcionados para acolhimento em albergues, abrigos, repúblicas, além de atendimento de saúde, e tratamento em dependência química^{3 p.39}.

Para Temponi³, o contingente de pessoas ocupando espaços públicos, locais de circulação e uso da população em geral, como entradas residenciais e comerciais, faz com que se verifique nas chamadas aos canais de comunicação com o poder público municipal, o desejo de “higienização dos espaços públicos”³.

O grande número de pessoas em situação de rua localizados na regional centro sul impacta diretamente na oferta de serviços e programas voltados para essa população, tendo que desdobrar esforços e articulações intersetoriais e de gestão para garantir o acesso e oferta aos serviços e atendimentos. (...) Diante das ofertas de acolhimentos, albergues, repúblicas, temos um número insuficiente para atender toda a população da regional centro-sul, que concorre com as ofertas dos serviços que não estão regionalizados. (...) Diante do crescente cenário de população em situação de rua em Belo Horizonte, e especialmente na regional centro-sul, temos que repensar os processos de trabalho, metodologia e redistribuição e reorganização^{3 p.39-40}.

O autor ainda questiona como os serviços ofertados estão impactando na vida dessas pessoas. Alude ainda a respeito da manutenção de uma situação de violência já impetrada pela exclusão socioeconômica.

As ações da violência subjetiva e objetiva, entendidas como advindas, sobretudo do poder do Estado, de modo macro aparelhadas em suas ramificações políticas, institucionais, discursivas tendem a amplificar a própria violência contra pessoas em situação de rua considerando o assentimento do Estado sobre a própria condição de violência a que essa população sofre. Não obstante, ações estas também perpetradas por parte da sociedade, personificada inclusive em atos de muitos cidadãos, violência de caráter simbólico, instituída em palavras, nomeações, classificações. E ainda, as ações da violência interna, praticadas no cotidiano dos usuários em suas relações intersubjetivas no território da rua e instituições como suas narrativas sobre a vivência do feminino nas ruas^{3 p.44}.

Temponi concluiu sua pesquisa explorando as categorias, investigadas com mulheres em situação de rua na Regional Centro Sul do município de Belo Horizonte. Para isto, valeu-se de uso de questionários semiestruturados, de entrevistas narrativas e análise dos dados através do software Iramuteq. Os questionários abrangeram as categorias: identificação, tempo de vida nas ruas, motivadores, uso ou dependência de alguma droga.

A dissertação apresentou o espectro analítico identificando que a ocupação dos espaços públicos de mulheres concorre em competição com os homens, impactando em uma reclusão a espaços menos oportunos a sobrevivência. Verificou-se ainda o assujeitamento feminino à convivência com um companheiro tendo em vista a possibilidade de “proteção” contra outras formas de abusos e violências, ainda que continuem sofrendo violência pelo parceiro.

Neste aspecto, as mulheres transgêneros, relataram mais organização contra a violência entre os pares, que mulheres cisgênero. E ainda, no aspecto de identidade e violência institucional, as entrevistadas relatam que a assistência social majoritariamente respeita sua identidade de gênero, entretanto processos de violência institucional deslegitimam sua luta por reconhecimento da própria identidade em uma sociedade marcadamente transfóbica³.

Na pesquisa de Temponi³, 5% das entrevistadas, se identificam como uma mulher transgênero, a qual se reconhece pela identidade feminina em discordância ao sexo atribuído ao nascimento. Num universo de 22 entrevistadas, 40% delas já ultrapassaram os 10 anos em situação de rua. Houve relatos que disseram da dificuldade em aderir aos acolhimentos institucionais, sejam abrigos, repúblicas, albergues etc., por motivos das regras institucionais muito rígidas.

Temponi destaca locais com intenso comércio ou circulação de pessoas, como na região do Barro Preto, que se justifica por uma possível sensação de segurança entre todos os outros locais do hipercentro da cidade de Belo Horizonte. Uma permanência conveniente pela segurança e a possível situação de prostituição. No tocante, a região da Savassi com o maior circuito de concentração de população de jovens que frequentam os estabelecimentos

locais noturnos, discotecas, bares e áreas de sociabilidade, o que influencia a elevada concentração de mulheres em situação de rua é a mendicância, a reciclagem e atividade de “flanelinha”. Por outro lado, há o Complexo da Lagoinha, e as áreas centrais da cidade, degradadas fisicamente e simbolicamente em vista do uso de substâncias psicoativas e a presença de profissionais do sexo, o que recai numa dimensão de aguda violência sobre as mulheres cis e trans, presentes num corpo de “utilidade-obediência”. Por outro lado, a ausência de trabalho se torna um marcador de dupla violência, e acaba por denunciar uma forma de exclusão de acesso a oportunidades, em virtude da transfobia, situação que se evidencia na rotina de populações vulnerabilizadas por determinantes estruturais como raça, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, etc³.

O que a pesquisa de Temponi evidencia é que o pano de fundo da violência estrutural caminha pela forma de dominação de classe, gênero e perpetua sofrimento, como resultado de uma série de ausência de acessos a direitos, postas para as mais diversas formas de relações, seja político, social e afetivo. Isso cabe tanto no caso das mulheres cis, quanto das mulheres trans, considerando que as mulheres trans, ainda sofrem em virtude da identidade de gênero³.

Já na pesquisa de Mendes⁴, a autora propõe o estudo sobre a proteção social e a produção do cuidado a Travestis e Mulheres Trans em situação de rua. Mendes atenta em sua pesquisa, que são poucas as análises sobre o tema, o que como consequência, dificulta a implementação de políticas públicas assertivas para este público⁴. Isso apenas reafirma a importância de produção de conceitos e caracterização do público em situação de rua, tanto nos estudos governamentais, quanto nos acadêmicos. Portanto, se conclui a partir da observação de Mendes que a política avança, quando mais se sabe, ou se conhece o perfil do público para o qual se propõe intervenções.

Mendes em sua pesquisa, como um importante processo de estudo, fez uma caracterização com dados do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBTQ da Universidade Federal de Minas Gerais a (NUH/UFMG), considerando o período entre 2011 e 2015, referente às mulheres Trans e travestis que exerciam trabalhos sexuais na cidade de Belo Horizonte.

O público daquela pesquisa tem um histórico familiar e social marcado pela violência e discriminação, muito devido à identidade de gênero, a questão da raça/cor e a consequente situação de rua. Neste universo, o uso abusivo de drogas e álcool foi citado pela maioria das entrevistadas e está diretamente relacionado com a rotina e trajetórias vividas por estas mulheres. No que tange ao uso dos serviços públicos, quando as interessadas informam que não os acessam, podemos inferir que se trata de rejeição e desinteresse relacionado com a percepção de que não serão vistas e atendidas nestes lugares da forma como esperam.

Não obstante, um dado precioso dessa pesquisa refere-se à situação de violência,

pontuado também nas duas pesquisas anteriormente analisadas. Violência que esse público sofre no caso, tanto por usuários em situação de rua, quanto pelos demais munícipes.

Dentre as 141 entrevistadas que responderam as questões referentes aos tipos de violência física, 96,4% delas relataram já terem sofrido algum tipo de violência física. (...) Em relação à vitimização por violência sexual, 92,9% das entrevistadas já sofreram com passadas de mão, 79,4% já foram vítimas de assédio sexual, 61,0% já sofreram com práticas sexuais não previamente combinadas e 46,8 % das entrevistadas já sofreram sexo forçado/estupro. Além disso, mais de 95% das entrevistadas relataram terem sofrido algum tipo de violência psicológica, onde se destacam olhares (95,0%), xingamentos (94,3%), ironia (92,9%), ameaças (74,5%), assédio moral (70,9%) e chantagem/extorsão (45,4%)⁴ p.34-35.

Mendes nos informa que as vulnerabilidades se agravam diante das precariedades e violências relacionadas ao viver nas ruas⁴ p.72. Nessa situação, é importante verificar como (e se) ocorrem as garantias de proteção social, através da oferta e acesso a serviços que podem interferir e reverter essas vulnerabilidades.

Neste trabalho foram identificados pontos críticos passíveis de intervenções. Um deles é a possibilidade de desenvolver trabalhos com as famílias, visando evitar a saída de casa ou, caso já concretizada a saída, promover a manutenção dos vínculos familiares. Outro ponto crítico é a oferta de serviços de saúde para o acompanhamento seguro do processo de Transição. E por fim, e de resolução mais complexa, pois envolve uma mudança cultural, é a criação de possibilidades de trabalho e renda mais seguros e sustentáveis para este público que possam ser alternativas à prostituição e favorecer a saída das ruas⁴ p.72.

Na pesquisa de Mendes⁴, a vida nas ruas é um ponto relatado pelas entrevistadas como algo muito difícil e dolorido, e ainda pior por serem Trans ou travestis. A segurança, salubridade e os meios de sobrevivência são os pontos mais citados pelas entrevistadas⁴ p.72.

A dificuldade de uma pessoa Trans em situação de rua é a existência. Ela é a pior triste realidade do mundo LGBTQIAP+, é uma pessoa Trans em situação de rua... É sobreviver sem morrer com uma DST, um HIV AIDS, ou um tiro, uma bala perdida, ou uma bala encontrada, ou o tráfico... É, neste submundo, sobreviver na rua é uma luta diária, constante e dolorosa” (SABRINA)

No tocante, as políticas de saúde e assistência social, as entrevistadas ressaltaram que conhecem e acessam essas políticas. Há relatos satisfatórios, onde demonstram que se sentiram respeitadas e acolhidas, mas também dizem que existem serviços onde não se sentiram acolhidas em suas necessidades.

“Eu acho constrangedor pra gente assim, eu estar do jeito que eu tô aqui, estar na fila de um banco, num posto de saúde e ser

chamado pelo nosso nome masculino, eu acho constrangedor. Esses dias eu fui fazer uma palestra de DST lá no posto de saúde (...) a mulher (profissional do serviço) não me chamou de senhor?”

Nas falas apresentadas, fica clara a importância do aspecto relacional nos atendimentos, entre profissionais e usuários. Permite-nos entender que o trabalho das instituições, ainda que muito importante, fica como pano de fundo e o técnico assume uma relevância grande. Outra questão abordada se refere à discriminação de gênero, entendida como um tratamento preconceituoso, tanto por parte de outras usuárias, quanto de funcionários públicos em relação à identidade de gênero que essas mulheres têm.

O atendimento a travestis e mulheres Trans em abrigos para homens, ou em alas masculinas tanto nos serviços de acolhimento como hospitalares, se configuram como violações dos direitos humanos, pois implicam em desrespeito ao gênero com o qual elas se identificam. Concomitantemente, a falta de privacidade nesses ambientes aumenta sua exposição corporal e pode favorecer o assédio sexual. Também nas unidades de acolhimento para mulheres ocorrem discriminações, pois elas continuam sendo vistas pelas demais usuárias do serviço como homens^{4 p.85}.

Diante dos problemas expostos, as entrevistadas foram provocadas para fazerem sugestões de melhorias nos serviços públicos prestados. A privacidade nos equipamentos que frequentam apareceu em todas as falas. Houve, inclusive, proposta de criação de um abrigo específico para o público Trans e travesti. Também foi falado em contratação de pessoas Trans para trabalhar nos diversos serviços. A busca da autonomia e reconhecimento como indivíduos é bastante apontada nas falas das entrevistadas.

Estas falas traduzem um conjunto de desejos e de pontos de vista que se correlacionam com a perspectiva de empoderamento, tanto individual como comunitário. Entretanto, há ainda um longo caminho a ser percorrido, uma vez que, a participação social de travestis e transexuais no Brasil é caracterizada por grande dificuldade de organização e a pouca visibilidade dentro do próprio movimento LGBTQIAP+. Fundamentam este contexto as prioridades mais urgentes, como a própria sobrevivência, decorrentes das diversas formas de exclusão vivenciadas por esse grupo^{4 p.92}.

Mendes em suas considerações finais aponta para as questões de maior destaque no seu trabalho, que é a busca dessas mulheres por reconhecimento e respeito. Com o fito de serem escutadas em suas necessidades, de forma particularizada, e a necessidade de repensar a prática profissional que permita todas as questões serem acolhidas.

Para que as políticas públicas sejam capazes de garantir proteção social e cuidado à saúde das travestis e mulheres transexuais em situação de rua é necessário conhecer o conjunto de violências e exclusões vivenciadas por elas. Para, daí desenvolver proposições

e estratégias de atuação que não se restrinjam aos técnicos e experts, mas que incorporem todos os sujeitos nas ações, de forma que as propostas sejam participativas, inclusivas e intersetoriais, em um investimento coordenado que provoque sinergia nos resultados⁴ p.95.

A partir das três pesquisas, vimos que a discussão sobre a violência no contexto das ruas, a partir de uma questão de orientação sexual, perpassa uma violência que se inicia no espaço doméstico, passa pelas ruas, se agrava com outras violações e se reproduz ainda nos espaços institucionais, isto é uma violência que se sustenta pelo Estado. A crítica dessas mulheres dos atendimentos e dos serviços de diversas políticas evidencia isso de modo incontestado.

No caso das mulheres, principalmente as mulheres trans, a dimensão dessa violência se estrutura também, a partir da violência de gênero, como verifica-se em:

Se os desafios impostos pela vida nas ruas retratam uma realidade essencialmente dura e masculina, cercada de máculas e preconceitos, para o público feminino seus impactos são ainda mais significativos. Mesmo em menor número se comparadas aos homens, “os relatos de violência física, estupro e vivência no universo das drogas e alcoolismo permeiam a realidade de grande parte das moradoras de rua, tanto no Brasil quanto em outros países”¹⁰ p.276.

As relações de gênero são uma realidade histórica e socialmente construída de segregação e marginalização com exclusão subjetiva e material das mulheres dos domínios públicos, da participação política em espaços institucionalizados, do mercado de trabalho, da ciência e da academia. A maneira como as mulheres em situação de rua se organiza em torno dos atendimentos institucionais se transformou em uma forma de empoderamento e reconfiguração da sua vida em termos de prática social. Essas mulheres lutam para expor seus pontos de vista e defender o seu direito de serem ouvidas, acolhidas e de terem as respostas das demandas institucionais³.

A compressão das representações sociais das mulheres sobre violência traz consigo um processo claro de denúncia a uma posição do insuportável diante desse cenário social, que será em grande maneira desacelerado e rompido através das políticas afirmativas e interseccionais das práticas em políticas sociais, consolidando novas formas do fazer, baseadas ainda na acolhida, delineamento e identificação das demandas singularizadas, que muito embora pontuais, traduzem o desejo de autonomia, vida e respeito dessas mulheres³.

Considerações finais

Ao longo desse artigo, pode-se verificar as formas de violência com as quais a população em situação de rua, em especial a população LGBTQIAP+ se depara em nossa sociedade. Nas pesquisas apresentadas identifica-se um agravamento por estas mulheres

se encontrarem também em situação de vida nas ruas, levando a uma dupla marginalização e vulnerabilidade.

Considerou-se que é relevante dar visibilidade ao público LGBTQIAP+ que mora nas ruas, fazer escutar sua voz e considerações quanto às suas necessidades. Quando foram verificadas as colocações quanto ao seu cotidiano carregado de significados e representações, com considerações sobre a dura vida nas ruas, os vínculos afetivos, o contato com serviços públicos que atendem diretamente à população de rua em geral, teve-se o entendimento de que foram retratadas pessoas cientes daquilo que desejam, precisam e querem obter junto ao poder público para poder viver suas vidas de forma digna.

Mesmo com todos os avanços verificados, desde o estabelecimento da política pública para a população de rua, seus mecanismos de monitoramento e os serviços pautados para a população de rua, pode-se perceber que ainda lidamos com pessoas marginalizadas por não se adequarem às definições e padrões sociais que foram construídos e mantidos, sob estruturas arraigadas de preconceito e discriminação.

É imprescindível discutir com agentes públicos sobre a necessidade de se ajustar o papel do Estado em relação às ações voltadas para a população de rua transvestigêneres, ouvir o que trazem como demanda e necessidades. Assim, pode-se pretender de forma realista a superação dessa condição de exclusão e extrema vulnerabilidade.

Apontou-se que tratar a questão das pessoas em situação de rua é complexo, devido aos diferentes motivos que as levaram a viver e morar na rua. Se os motivos são diversos, a política pública precisa considerar isso, e para tanto requer, também, um maior investimento em orçamento público.

No caso das mulheres trans, como os estudos apontaram, a intervenção por parte do poder público ainda será mais desafiadora, por que se tratar de um problema estrutural, cultural e até moral. Além ainda, do fato de se tornarem pessoas em situação de rua por conflitos familiares ou comunitários em virtude de sua identidade de gênero.

Mudar a percepção de determinada sociedade não é algo simples nem rápido, assim como requer a mobilização não apenas da jurisdição municipal, mas dos entes estadual e federal, sem esquecer os três principais poderes: executivos, legislativo, judiciário.

Outra questão que os estudos analisados apontaram foi à necessidade do aprimoramento do trabalho intersetorial, ou seja, as políticas públicas precisam atuar com planejamentos transversais, e isso requer um esforço maior por parte dos agentes estatais. Isso porque as políticas com maior capilaridade, Saúde, Educação e Assistência Social, têm suas diretrizes estabelecidas nacionalmente e, por isso, ainda são muito setorizadas. Isso requer um repensar sobre as formas de atuações dessas políticas.

Por fim, este estudo não pretendeu esgotar todas as análises possíveis sobre o

tema, bem como não é possível propor todas as possibilidades de sugestões de atuações para o poder público. Pretendeu sinalizar os pontos mais marcantes e indicativos, trazidos pelas principais pessoas interessadas: as pessoas em situação de rua. São elas que vão pautar com maior clareza qual o tipo de políticas públicas que elas querem e precisam, pois construir políticas públicas para, é diferente de construir políticas públicas com – e isso; para além de uma equipe bem preparada e um serviço bem organizado, é fundamental para que a política pública seja exitosa.

Referências

1. Brasil, Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm.> Acesso em Jan. 2021.
2. Anastácio, Edvaldo. A população de rua no universo da violência e agressividade. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.
3. Temponi, Sergio R. N. Representações sociais das mulheres em situação de rua na regional centro-sul de Belo Horizonte sobre a violência. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.
4. Mendes, Lindalva Guimarães. Proteção Social e produção do cuidado a travestis e mulheres Trans em situação de rua no município de Belo Horizonte/ MG. 109 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.
5. Mombaça, Jota. Rastros de uma Submetodologia Indisciplinada. Revista Concinnitas ano 17, volume 01, número 28, setembro de 2016.
6. Žižek, Slavoj. Violência: seis reflexões laterais. São Paulo, Boitempo, 2014.
7. Butler, Judith. Corpos que importam. Revista Sapere Aude – Belo Horizonte, v.6 - n.11, p.12-16 – 1º sem. 2015. ISSN: 2177-6342. 12.
8. Terceiro Censo de População em Situação de Rua e Migrantes de Belo Horizonte. Centro Regional de Referência em Drogas – UFMG – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2014.
9. Junior, Almir Damasceno e Riani, Sergio Rosa Neves. Gênero, diversidade sexual e direitos humanos: uma visão sobre a LGBTfobia institucional. In: O fazer da psicologia na Sistema Único de Assistência Social. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia, 2019. p. 184-199.
10. Campos, Dalvan A; Moretti-Pires, Rodrigo O. Trajetórias sociais de gays e lésbicas moradores de rua de Florianópolis (SC). In: Revistas Estudos Feministas. Florianópolis. Vol. 26, Número 2. Pp. 1-13. 2018.
11. Rosa, Anderson S.; Bretas, Ana Cristina P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. In: Revista Interface, São Paulo. 19 (53). 2015. p. 275-285.

O homem como (des) conhecemos: violência e cultura machista

Enylda Motta
Marcell Santos
Paulo Roberto Ceccarelli

Resumo

Na atualidade discute-se o machismo e qual a inferência deste na violência. Neste texto o intuito será o de discorrer e analisar uma pergunta que não contesta a atuação do homem enquanto protagonista deste fenômeno social, mas que pela sua atuação torna possível fazer a pergunta: “até que ponto o homem é, também, vítima da violência na cultura machista?”. Na tentativa de responder a esta indagação, trabalhamos com alguns norteadores teóricos iniciando pela constituição do Eu (marcando a diferença desta constituição psíquica no menino e na menina), em seguida, a identificação (movimento que se dá a partir de um outro) e a violência simbólica (a linguagem, sua dominância histórica enquanto um discurso de poder e a naturalização da invisibilidade desta violência). Por fim, o texto percorre uma discussão sobre a violência da cultura machista e os possíveis impactos no psiquismo dos homens e quais as prováveis saídas encontradas para estes.

Palavras-chave: *violência, homens, masculinidade, machismo.*

Introdução

Nunca os discursos se aproximaram e se questionaram tanto sobre a nossa sociedade machista e opressora, como assistimos na atualidade: “A maior mudança está, sem dúvida, no fato de que a dominação masculina não se impõe mais com a evidência de algo que é indiscutível”¹. Refletir sobre a violência e a cultura machista é dar voz os oprimidos que a sociedade machista produz.

Para elucidar este assunto, é necessária uma pergunta que bordejará o arcabouço conceitual e prático aqui proposto: *de que forma o homem é, também, vítima de violência na cultura machista?* Entender este ponto é desconstruir as formas de ver o homem vinculado diretamente ao machismo. A marca do falocentrismo, utilizada na teoria freudiana, muitas vezes camufla as dificuldades inerentes à constituição do masculino².

Estudos em diversas áreas entendem a mulher como ponto de contraversão ao machismo. O homem, por sua vez, tem a conotação de fazer parte do discurso opressor, apenas por ter nascido com o órgão genital masculino. Porém, é igualmente vítima do androcentrismo¹. Estudar esta dominação é ir de encontro com a identidade do sujeito, em crise permanente³. Para a elaboração deste trabalho, tomamos como base teórica a psicanálise, que irá amparar nosso objeto de estudo. Iniciamos nossa discussão com algumas considerações sobre a constituição do *Eu*, como conceituada por Freud.

A constituição do Eu

O fim do complexo de Édipo no menino se dá pela ameaça de castração⁴. O autor reúne, em seu argumento, a organização fálica, o complexo de Édipo, a ameaça de castração, a formação do Supereu e o período de latência, como veremos mais a diante. A maneira que nos colocarmos no mundo, como nos deslocamos no simbólico, é tributária da dinâmica pulsional organizada pelo complexo de Édipo, e por nossas relações objetais. Embora este complexo faça parte dos universais da psicanálise, cada sujeito o vivencia de forma singular e única. Embora a maioria dos seres humanos passe pelo complexo de Édipo como uma experiência individual, ele constitui um fenômeno que é determinado e estabelecido pela hereditariedade e que está fadado a findar de acordo com o programa, o instalar-se a fase seguinte preordenada de desenvolvimento⁴.

A ameaça de castração, associada ao órgão genital da criança, seja ela imposta pelos familiares, pela cultura, ou até mesmo como manifestação de uma “fantasia primitiva”, cuja origem deve ser procurada no “patrimônio filogenético da espécie humana”⁵, gera a destruição do complexo de Édipo, levando ao período de latência: “é minha opinião ser essa ameaça de castração o que ocasiona a destruição da organização genital fálica da criança⁴”.

A ameaça de castração leva, no menino, ao naufrágio do complexo de Édipo, sendo que o Supereu constitui seu legado. A severidade do Supereu varia, em intensidade, entre o menino e a menina devido a maneira que cada gênero vivencia a trama edípica⁵.

A ameaça imposta pelo pai, ou por quem cumpre esta função simbólica, a Lei, é a punição, via castração, àquele que tem desejos incestuosos pela mãe e/ou pelo pai. Este desejo se inicia na fase pré-genital, ou seja, na primeira infância, na qual o objeto primordial de investimento libidinal são os genitores. O medo de ser castrado fará com que o menino abandone seu desejo, em prol da de sua masculinidade, se identificando com a imagem paterna: “As catexias de objeto são abandonadas e substituídas por identificações”⁴.

Se a satisfação de seu desejo deve custar ao menino o seu pênis, haverá um conflito de interesses: permanecer com o pênis ou manter os investimentos libidinais agora proibidos. Na grande maioria das vezes, contudo, os interesses narcísicos, permanecer com o órgão, triunfarão neste embate e “o ego volta as costas ao complexo de Édipo”⁴. Esse abandono de investimentos libidinais é tratado por Freud como abandono de objetivos sexuais, “A transformação da libido do objeto em libido narcísica, que assim se efetua, obviamente implica um abandono de objetivos sexuais, uma dessexualização”⁶. Essa dessexualização é a entrada no período de latência.

Ao dialogarmos com nosso tema na lógica freudiana, trabalhamos com a hipótese segundo a qual o discurso machista corresponderia, no imaginário da criança que continua no adulto, ao pai que ameaça o menino de castração. Como saída, ele (o menino) abdicaria seu desejo incestuoso, identificando-se aos ditames machistas da sociedade. Sendo o pai um referencial para o menino, ele é levado a recalcar seus desejos incestuosos, o que leva à formação do Supereu⁴.

Recalcar desejos incestuosos e “aceitar” a castração, a diferença sexual, pode resultar, em alguns casos, na depreciação do sexo oposto: o outro sexo é ‘castrado’, logo, não é um ser privilegiado como o pai⁴.

Para Freud⁴, o caminho final do complexo de Édipo é o recalçamento dos investimentos incestuosos: se o Eu não recalcar tais desejos, estes retornarão mais tarde manifestando seu efeito patogênico.

Na menina, o complexo de Édipo irá, igualmente, desenvolver sua relação com o Supereu e um período de latência⁴. Como no menino, na menina há uma organização fálica e um complexo de castração. Entretanto, os resultados não são os mesmos. Freud diz que a fase pré-edípica é fundamental na constituição da mulher, baseando-se na constituição bissexual da criança, sua passagem para a fase de latência e pelo período da organização fálica⁷. Se, no menino, o complexo de castração encerra o complexo de Édipo, na menina ele se torna seu ponto de partida: “Enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo

é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração.”⁸

Seja no menino, ou na menina, dois caminhos se abrem para a satisfação, ativa e passiva. Ou, em nosso contexto, masculino e feminino⁹. No caminho ativo, a criança abandona a fase fálica e decide pela sexualidade ativa, um caminho bem específico do sexo masculino. O outro caminho, que é o caminho da posição passiva, o recalque opera fortemente e faz com que a mulher abra mão de sua atividade clitoriana-fálica para a erotização vaginal⁹.

Há muito tempo compreendemos que o desenvolvimento da sexualidade feminina é complicado pelo fato de a menina ter a tarefa de abandonar o que originalmente constituiu sua principal zona genital – o clitóris – em favor de outra, nova, a vagina⁹.

Porém, há um grande movimento na menina que é anterior a este estágio⁸. A menina desliza o desejo de possuir um pênis para o de ter um filho ao seu pai. Com o passar do tempo, esta ideia é abandonada até que a menina – que agora é mulher – sintasse inibida ao ter relações sexuais, “transformarem-se as tendências sexuais diretas em tendências inibidas quanto ao objetivo, de tipo afetuoso”.

Ao passo de uma breve explicação sobre o caminho do Édipo no menino e na menina, é importante abordarmos aquilo que se torna a centralidade deste texto, a identificação.

A bissexualidade que Freud⁸ nos apresenta vai ao encontro às primeiras identificações, nas quais a criança poderia se colocar no lugar de seu pai, e desejar a mãe, ou poderia se apropriar do lugar da mãe e ser amada pelo pai.

Concomitantemente à dinâmica pulsional que leva à identificação ao fálico-paterno, que pode ser uma saída Edípica, sucede então, uma internalização da moral vigente e da Lei, formando o Supereu. Esta instancia traz uma alta carga de exigências e imposições feitas ao Eu, impossibilitando o sujeito certas formas de satisfação libidinal. Essa libido, que não possui um caminho para a satisfação, é transformada pelo trabalho de cultura (*Kulturarbeit*), via sublimação, em bens materiais e ideais⁸.

O Supereu, por se deparar insistentemente com a castração, tem as leis e morais vigentes fortemente introjetada e consolidadas, fatores estes fundamentais para a construção daquilo que a cultura na qual o sujeito se encontra inserido chama de “masculinidade”.

Identificação e (des)amparo

A identificação é uma

Noção de base para psicanálise, que a concebe de maneira bem diferente de seu uso na linguagem corrente, em que é um processo no qual uma pessoa se transforma, se identifica a uma outra. A identificação consiste, para psicanálise, em um duplo movimento que permite ao mesmo tempo, a apreensão do outro (se identificando a esse outro), e a constituição do eu⁹.

Além disso, os movimentos psíquicos produtores das identificações constitutivas do Eu se dão a partir do outro. A identificação para Freud seria um processo pelo qual o sujeito se apropria de um traço – simbólico – de alguém, e a partir daí, este sujeito se sente como este alguém que é por ele investido: fazendo uma brincadeira com a palavra, o sujeito se idênti(co)fica.

Lacan¹⁰ entende a identificação em três modalidades: a identificação simbólica, a imaginária, e a fantasmática. A identificação simbólica é o nascimento do sujeito do inconsciente, produção de um traço, é o que marca a história do sujeito. A identificação imaginária é o nascimento do eu a partir do estádio do espelho. A identificação fantasmática é o que dá origem ao fantasma, no qual é este que o sujeito se identifica ao objeto⁹.

A identificação se dá, também, através das construções mitológicas, assim como pelas sócio-históricas, nelas “encontramos nossas referências identificatórias e os valores que organizam nosso cotidiano, explicam a origem do mundo e como ele deve funcionar¹¹”.

São a partir dos mitos de origem, que participam na formação dos ideais culturais, assim como a relação que o sujeito estabelece com as autoridades externas, que o Supereu se constitui como um “representante do mundo externo real⁴⁷” .

A descoberta freudiana sugere que a origem dos problemas psíquicos, principalmente os sexuais, estão vinculados à cultura, que a não consegue lidar com as pulsões em busca de satisfação. O complexo de Édipo, já o dissemos, é o ponto no qual o universal e o particular se encontram: “universal, pois marca o que é próprio e o que diferencia o humano: a interdição do incesto presente em toda e qualquer cultura. Via recalque, somos obrigados a abandonar nossos primeiros objetos sexuais.¹¹”. Particular, “pois o que determina a circulação dos afetos é a ordem simbólica onde o recém-nascido está inserido, com a singularidade dos ideais constituintes do supereu.” (Ibid.).

Tais considerações nos informam da importância da particularidade do trajeto pulsional de cada sujeito, assim como as moções pulsionais presentes na cena edípica.

As construções sintagmáticas e os laços sociais que a cultura oferece ao sujeito, nada mais são do que ilusões que o confortam frente ao desamparo, a condição antropológica fundamental do ser humano¹¹. Contudo, o desamparo não diz respeito apenas ao longo período de total dependência de um outro, de uma “assistência alheia” (*fremde*

Hilfe)¹² que lhe forneça ações específicas para garantir a sua sobrevivência. Ao mesmo tempo, o bebê humano necessita igualmente desta “assistência alheia” para interpretar suas demandas e dar representações psíquica às pulsões. Por não conseguir lidar com as exigências pulsionais de satisfação, a espécie humana necessita de “um depositário externo (a função paterna) que suporte a agressividade filogeneticamente herdada, que, outrora, foi direcionada ao tirano da horda que, de fato, castrava.”¹³ .

As referências de valores de cada sociedade, assim como a moral sexual que a rege, variam segundo a cultura e a época. Estas referências constituem as bases das identificações constitutivas do sujeito. Por isso, a perda das referências identificatórias pode produzir, para alguns, uma desorganização psíquica por vezes irreversível.

Os símbolos de uma violência

A violência acompanha o ser humano desde o princípio de sua existência, seja pela evolução ou pela gênese, Dadoun¹³ diz que o homem é definido não só por sua sapiência – *homo sapiens* – mas que a característica primordial, fundamental, é a violência, logo, o autor denomina-o de *homo violens*. Dadoun utiliza da etimologia da palavra violência para explicar que ela cobrirá tudo aquilo que se relacionar com força, potência, energia ou poder dentre outras formas de dominação do outro.

Embora existem várias formas em que a violência pode se manifestar, em nossa pesquisa trataremos apenas a violência simbólica tomada como conceito, devido a forma peculiar com que se apresenta e se mascara.

Para Slavoj Zizek¹⁴ a violência simbólica é aquela que:

encarnada na linguagem e em suas formas, essa violência não está em ação apenas nos casos evidentes – e largamente estudados – de provocação e de relações de dominação social que nossas formas de discurso habituais reproduzem: há uma forma ainda mais fundamental de violência que pertence à linguagem enquanto tal, à imposição de um certo universo de sentido.

Tal explicação de Zizek mostra a ideia de que a violência se dá pelo ato da palavra, de sua dominação, em uma tentativa de poder, como nos ensina Dadoun, a violência está enlaçada com o poder, já que estão de tal modo correlacionados, pode-se dizer que a problemática do poder é a violência e que o objetivo da violência é o poder.

Catley e Jones¹⁵ relatam que há inúmeras formas de demonstrar a violência, uma delas é o ato da fala violenta, que se compõe em um tipo de representação da violência mais usual, porém, menos compreendida e menos perceptível. Por ser um ato de linguagem,

Catley e Jones associam este a uma forma de representar a violência verbal. No entanto, a teoria destes autores é que o “dizer algo é fazer algo”. O resultado de uma linguagem em uma expressão da fala também causa danos e constitui por ela mesma um tipo de violência. Essa linguagem é uma força simbólica que impõe um poder que é exercida sobre os corpos, diretamente, sem qualquer força física.

A linguagem é algo que constitui a identidade, ela pode também ser aquilo que traumatiza ou causa danos ao sujeito. A palavra como ato de violência atinge o que Catley e Jones chamam de “vulnerabilidade linguística”, no qual levam as vítimas dessas agressões a sentirem a força da violência dentro de um contexto social. O ato da violência falada é, por assim dizer, uma violência simbólica pelo fato da mesma ser invisível.

A violência simbólica traz consigo uma construção histórica que a torna legítima, sendo que seu aspecto é não real, porém, ela é pouco compreensiva e invisível. Para Zizek¹⁴ “a violência simbólica, que não é menos real por ser simbólica, cumpre a função de tornar possível a violência real. Mais que isso, torna-a invisível”.

Para Bourdieu¹⁵ a violência simbólica não pode ser uma mera conotação “simplista, característica de um materialismo primário” e sim algo que vai além do que pode ser visto, é olhar para o invisível. O autor conceitua tal violência como um consentimento que o dominado não pode deixar de dar ao dominante,

A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensa-la e para se pensar, ou melhor, para pensar a relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos tem em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural; ou, em outros termos, quando os esquemas que ele põe em ação para se ver e se avaliar, ou para ver e avaliar os dominante (elevado/baixo, masculino/feminino, branco/negro, etc.), resultam da incorporação de classificações, assim naturalizadas, de que seu ser social é produto¹⁶.

Em sua construção, Bourdieu¹⁶ traz a violência simbólica como algo que resulta de um seguimento de concepção histórica que a torna legítima. Assim sendo, revela-se de maneira sutil nas relações sociais e seu efeito é a dominação, da qual inscrição é produzida como algo que é vivido como natural e evidente.

No texto *Agressividade, trabalho de cultura e violência*, Ceccarelli¹⁷ sugere uma nova leitura da violência, na perspectiva da psicanálise. Para o autor, a violência seria um ato; um retorno, na cultura, da agressividade. Logo, só se pode falar em violência a partir do estado de cultura.

A violência deve ser entendida como um subproduto do trabalho de cultura (*Kulturarbeit*), de modo que aquilo que foi reprimido e/ou recalcado em nossa constituição moral e civilizatória retornará, de algum modo, na cultura¹⁷. O processo da violência se daria a partir das moções pulsionais agressivas que em algum momento tivemos de renunciar, já que a satisfação dessas moções não seria compatível com a cultura. Se tais satisfações acontecessem, o primitivo do homem, que o trabalho de cultura nos fez recalcar, retornaria destruindo os laços sociais e, conseqüentemente, as relações objetais. Contudo, a história nos informa o quanto o estado de cultura é ilusório: “a ruína do estado de cultura, a impossibilidade de mantê-lo, atesta sua fragilidade ao transformar a agressividade em violência.^{17”}.

Violência simbólica: Uma discussão

Tendo em vista os vários tipos de violência apresentados, o homem nunca esteve imune a elas como práticas de dominação masculina. O machismo não é um advento da contemporaneidade, elas se perpetuaram ao longo do tempo. Essa perpetuação chega ao domínio dos homens sob forma de discurso identificatório. O homem é vítima de várias formas da violência imposta pelo machismo.

Para entendermos essa identificação masculina, Lacan¹⁸ diz que “O sujeito que nos interessa é aquele que é feito pelo discurso, não aquele que faz o discurso”. O homem é desde cedo impelido a ter signos como coragem, valentia, não ter medo, não chorar. O signo é aquilo que representa algo para alguém¹⁸. Tais signos, instaurados por obrigatoriedade, caracterizam a violência de linguagem, pois a sociedade opressora não permite que o sujeito crie sua identidade, mas sim que se molde a partir de tais signos. A não correspondência a estes padrões, implicam em uma negatividade daquilo que se conhece como masculino, como homem.

Mas, isso cria outro impasse: nem todos os homens adquirirão tais características, muitas vezes eles sequer as desejam, e exercê-las de qualquer forma que não a natural, implica em um stress psíquico. Nesse sentido, o homem diante desses signos, de não poder se “sucumbir” ao feminino, achará na contemporaneidade através da estética, da busca por um corpo viril a sua saída para a feminilidade. Fato semelhante aconteceu épocas passadas, no campo artístico, quando através das representações em quadros, monumentos, entre outras obras de artes, o homem achava ali uma saída diante desse feminino ao seu redor, na qual ele não pode se render.

Em nota de rodapé Bourdieu¹⁶ nos mostra que “Os indícios verbais ou não verbais que designam a posição simbólica dominante só podem ser compreendidos pelas pessoas que aprenderam a decifrar seu ‘código’”. Ao decifrar esse código, digo, de uma dominação não justificada, o homem percebe-se sendo ator de uma violência. Cada um desses

responderá de uma maneira subjetiva a este ato, alguns sofrerão alguma reminiscência por cometê-lo, outros o farão com prazer, essas variações se darão de acordo com o dinamismo de suas pulsões.

No entanto, a partir do momento em que o homem recusa as práticas machistas, as referências identificatórias do masculino falham, e ele é desamparado, passando a ser visto pela sociedade, e se vendo, como frágil, fraco, perdedor de sua potência e masculinidade. A partir daí, ele se vê diante de um impasse; um impasse que questiona a sua posição em relação à mulher. O homem pode até não concordar com as práticas machistas, mas recuar diante delas representa uma perda de sua potência. O homem busca nos ideais culturais - no ocidente estes ideais se apoiam no imaginário judaico-cristão – um amparo que o defina como um homem dotado pelo falso sentimento fálico. Ele responderá a este discurso com o intuito de não se sentir desamparado. (Não estamos discutindo aqui as particularidades dos homens que usam desse discurso para oprimir as mulheres, crianças ou os mais fracos, mas a nossa discussão passa pelo campo das ideias e da constituição do homem, não o livrando de qualquer culpa de atos que assim possam ser feitos).

Como explicitado acima, a constituição do sujeito, baseada no Édipo, dá ao menino uma referência da mulher ser faltosa, ou seja, não possuir o órgão masculino, sendo que seu pai, seu primeiro rival, é dotado deste. Se este pai foi marcado pelo seu pai – avô do menino – a responder as demandas do machismo, este irá repetir o discurso com seu filho, fundando uma cadeia de significantes utilizados sem ser questionado. O menino quando não responde a esse ideal machista é vítima de chacota, tendo apelidos como “menininha, bichinha” dentre outros que põe em questão sua masculinidade, ou seja, pondo em xeque o seu representante fálico.

Estar sendo julgado por seu meio social, e não responder a demanda de é ser desamparado. O homem por ser o sexo “forte” não demonstra uma possível fraqueza, que perpetuaria em sua exclusão dos grupos que possuem apenas o macho alfa.

As mulheres também participam e compartilham com o discurso opressor e machista, muita das vezes utilizando a linguagem, já que esta também faz parte de uma violência. A linguagem como violência simbólica, toma corpo de uma voz externa que vocifera dizendo “seu frouxo, corno”, resultando em um mal-estar para o homem, que se sente frente ao seu retorno mais primitivo, o desamparo materno. O homem também, respondendo a este social machista tenta, com sua forma viril, tamponar qualquer espaço de dúvida e de aparecimento de sua feminilidade, se caso por algum descuido, a feminilidade do homem apareça, o mal-estar estará presente. Para que possa haver o contrário de um mal-estar frente ao feminino, Bourdieu¹⁶ nos diz que “A virilidade, como se vê, é uma noção eminentemente *relacional*, construída diante dos outros homens, para os outros homens e contra a feminilidade, por uma espécie de *medo* do feminino, e construída, primeiramente, dentro de si mesmo”.

A partir desse medo daquilo que é socialmente definido como “feminino” que todos possuímos, os homens recorrem ao machismo, fazendo da violência o resultado. A partir daí, cabe perguntar: houve mudanças, ao longo da história em relação a violência, ou se ela ainda permanece imutável. Ou ainda: “haveria uma violência legítima, ou toda violência é, *a priori*, condenável e ilegítima¹⁷?”

Hannah Arendt em seu livro *Sobre a violência*¹⁹ nos aproxima de uma possível resposta a esta questão, “A violência pode ser justificada, mas nunca será legitimada” (p. 41).

Considerações finais

Ao avançar nas teorias psicanalíticas, percebemos que no embate entre o “ter” e o “não-ter”, leia-se, figurar como gênero dominante, o homem é acometido de problemas psíquicos decorrentes da negação de sua própria identidade.

Na tentativa de sentir-se amparado por um certo universo de sentido, o homem permanece fiel a valores impostos e exerce papéis como machão, viril, dominador, poderoso, que possui excelente vigor sexual, profissional bem-sucedido, mas sofre, por outro lado, o stress psíquico da frustração de não se encaixar no ideal masculino, socialmente construído, e ainda por não encontrar nesses papéis sua satisfação.

A recusa em responder ao discurso de atacar a feminilidade provoca o desamparo social, passando a ser visto diante dos outros homens como frágil, fraco, vítima de chacota e diversos apelidos. Nesse caso, o stress psíquico da linguagem sobre a identidade, traumatiza e causa danos.

Quando não percebida, a violência leva o rótulo de violência simbólica, da qual nos fala Bourdieu e Passeron¹⁶: a palavra, neste contexto, simboliza a busca pela reprodução de concepções e hábitos, a dominação social.“

Com Foucault²⁰ concluímos que

“o poder não é algo que se adquire, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde ou deixe escapar; o poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e moveis; que as relações de poder não se encontram em posição de exterioridade com respeito a outros tipos de relações (processos econômicos, relações de conhecimentos, relações sexuais), mas lhe são imanentes; são os efeitos imediato das partilhas, desigualdades e desequilíbrio que se produzem nas mesmas e, reciprocamente, são as condições internas destas diferenciações”.

Referências

1. BOURDIEU, P. *A dominação masculina*/ tradução: Maria Helena Kühner – 13ª edição –: Bertrand Brasil, 2015. Pág. 45-47, 67, 106. Rio de Janeiro, 1998.
2. CECCARELLI, P.R. & SAMPAIO, L. *Histeria e masculinidade em Freud*. Estudos de psicanálise Círculo Psicanalítico de Minas Gerais, n. 45, p. 101–110. Belo Horizonte, 2016
3. CECCARELLI, P. R. *A construção da masculinidade*. Percurso, Instituto Sedes Sapientiae, n. 19, São Paulo. 1998.
4. FREUD, S. *A dissolução do complexo do Édipo*. (1923-1925). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006 (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud). Pág. 193 a 198. Rio de Janeiro, 1972.
5. FREUD, S. *O Futuro de uma Ilusão, O Mal-Estar na Civilização* e outros Trabalhos (1927 - 1931). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006 (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 19).
6. FREUD, S. *O Ego e o Id*, e outros Trabalhos (1923 – 1925). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006 (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 19). Rio de Janeiro, 1972.
7. FREUD, S. *Sexualidade feminina* [1931]. In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Trad. de Jayme Salomão. Rio de Janeiro. Imago, v. XXI. 1972.
8. FREUD, S. *Algumas consequências psíquicas das distinções anatômicas entre os sexos* (1923-1925). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006 (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud). Pág. 233.
9. CECCARELLI, P. R. *Transsexualidades*. Casa do Psicólogo, 2 ed. (Coleção Clínica Psicanalítica). Pág. 112. São Paulo, 2013.
10. LACAN, J. *O seminário: o ato psicanalítico* (1967-1968). Livro 15. Pág. 50. (s.d., versão anônima). 1967.
11. CECCARELLI, P. *Mitologia e processos identificatórios*. Tempo psicanalítico, Rio de Janeiro, Sociedade de psicanálise Iracy Doyle. v. 39, Pág. 187-190. 2007.
12. FREUD, S. *Projeto para uma Psicologia Científica*. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud [ESB]. (1950[1895]) Rio de Janeiro: Imago, 1977, vol. 1.
13. DADOUN, R. *A violência. Ensaio acerca do homo violens*. Trad. P. Ferreira, C. Carvalho. Rio de Janeiro: Difel, 1998. (1998)
14. ZIZEK, S. *Violência: Seis reflexões laterais*. Trad. Miguel Serras Pereira, ed. Boitempo. São Paulo. Pag. 17, 148 (2014)
15. CATLEY, B & JONES, C. *Deciding on Violence*. Reason in Practice: the journal of philosophy of management. v.2, n.1, p.25-34, 2002. (2002)
16. BOURDIER, P & PASSERON, J-C. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Petrópolis: Vozes, 2008.
17. CECCARELLI, P. R. *Agressividade, trabalho de cultura e violência*. In: Psicanálise na vida cotidiana 2. Andrade, E; Freitas, V; Ceccarelli, P. (orgs). Bom Despacho: Literatura em cena, 199-226, 2020.
18. FREUD, S. *O Seminário livro 10, A angústia*. (1962-1963/2005). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (1962)
19. ARENDT, H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 114 p.
20. FOUCAULT, M. *História da Sexualidade. Vol. 1: A vontade de saber*. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. 13.ed. Rio de Janeiro: Graal. Pág. 89, (1999).

Análise de violências mais frequentes no idoso de Betim – Minas Gerais

Artigo Original

Paulo Henrique Silva Maia
Efigênia Ferreira e Ferreira
Elza Machado de Melo
Augusto Viana da Rocha
Andréa Maria Duarte Vargas

Resumo

Objetivo: analisar as violências mais associadas a episódios de violência em idosos em Betim, Minas Gerais. **Método:** estudo transversal, constituído por inquérito populacional realizado por meio de entrevistas estruturadas. A amostra foi estratificada por conglomerados e ao final contou com 154 idosos. Inicialmente, os dados foram analisados pelo teste Qui-quadrado, análise bivariada e posteriormente, realizou-se uma análise discriminante logística para explorar a estrutura de relações entre as variáveis dependente (violência no idoso) e independentes. **Resultados:** a violência no idoso teve mais associação às vítimas de violência verbal e de abuso financeiro. **Conclusão:** este estudo ultrapassa a lógica organizativa das violências e insere um desafio para os profissionais de saúde frente às políticas públicas, por tratar de contextos de vulnerabilidade que devem ser inseridos numa agenda de prioridades.

Palavras-chave: Envelhecimento; Violência; Vulnerabilidade em Saúde; Política Pública; Saúde do Idoso.

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, associado à redução das taxas de mortalidade, de fecundidade e melhora das condições de vida das pessoas, resultando em mudanças na estrutura etária, sobretudo nos países em desenvolvimento. Nos últimos 10 anos, no Brasil, a população de 60 anos cresceu 21,6% e a de 80 anos ou mais 47,8%¹, fato que acarreta necessidade de modificações nas políticas sociais e novos desafios para a saúde pública.

Dentre estes desafios, destaca-se a violência contra os idosos, considerada um fenômeno universal que atravessa todos os níveis sociais. Pode ser definida como um ato único ou repetido ou a omissão, que cause dano ou incômodo ao indivíduo e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança. O abuso contra os idosos é reconhecido como um desafio para a saúde².

A violência pode ser caracterizada como agressão física, verbal, moral/psicológica, sexual, negligência ou abandono, tanto social quanto institucional³. Trata-se de um problema multicausal e complexo, que pode ocasionar distúrbios emocionais, isolamento, sentimento de culpa e negação, traumas físicos e óbitos⁴.

Entre idosos, considerando a redução da sua capacidade de adaptação ao meio ambiente, consequência das alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem no processo de envelhecimento, é comum a associação da violência a esses fatos⁵.

Não obstante as questões da senescência, é preciso desnaturalizar as situações de violência nesse grupo etário e um caminho para este processo pode ser o reconhecimento e manejo dos fatores associados a estes episódios, que ainda não são bem compreendidos⁶.

Estudos anteriores^{7,8} verificaram a associação de fatores determinantes para a ocorrência de violência no idoso, a exemplo, morar com o cônjuge, autopercepção negativa de saúde, menor nível de escolaridade, dependência financeira do agressor em relação ao idoso, capacidade funcional, número de morbidades e idade.

Dentre os fatores associados à violência em idosos, o uso de álcool foi o mais identificado^{9,10}. A depressão também desponta como um fator associado importante à violência, sendo notado que os idosos que apresentam sintomas depressivos possuem maiores chances de serem vítimas de abuso, tanto homens quanto mulheres, quando comparados com aqueles que não sofreram violência^{11,12}.

Para a OMS, os fatores determinantes da violência no idoso fazem parte de um modelo, uma hierarquia aninhada de quatro níveis do ambiente: individual, relacionamento,

comunidade e sociedade. No Brasil, os principais fatores associados são os baixos níveis educacionais, fatores cognitivos, dependência funcional e depressão^{7,13}.

A identificação de fatores associados a este fenômeno, na população idosa, possibilita ações de saúde adequadas para a prevenção e controle. Ainda que o grau de sensibilidade social pelo fenômeno da violência contra a pessoa idosa no Brasil tenha aumentado consideravelmente, ainda é difícil estimar em números o peso da violência contra o idoso, pois, as fontes de dados são pouco confiáveis, além de ser um fato velado pela família, cuidadores e prestadores de serviços em saúde¹⁴.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar as violências mais associadas a episódios de violência em idosos em Betim, Minas Gerais, numa perspectiva de inclusão de conhecimentos e experiências para seu enfrentamento.

Métodos

Este é um estudo transversal exploratório, derivado de um inquérito sobre saúde e prevenção da violência realizado pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Este inquérito buscou coletar dados que possibilitassem o estudo da violência em suas múltiplas faces, em diferentes grupos populacionais.

O inquérito considerou como população alvo todas as pessoas ≥ 20 anos de idade, residentes nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos na cidade de Betim, Minas Gerais. Este é um município industrial, que compõe a Região Metropolitana de Belo Horizonte, com 624 setores censitários, 111.764 domicílios e uma população de 412.003 habitantes à época da coleta de dados.

A definição do tamanho da amostra considerou o método de amostragem por estratificação e conglomerados, com a seleção feita em três estágios: setor censitário, domicílio e o respondente. A amostra foi calculada com grau de confiança de 95%, margem de erro de 1,89%. A seleção dos setores censitários e dos domicílios foi realizada eletronicamente por meio do *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0 e a seleção do sujeito respondente no domicílio ocorreu segundo a metodologia de Kish, que preconiza a seleção aleatória de uma unidade amostral num domicílio.

Recorreu-se à lista oficial dos domicílios, fornecida pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando como identificador o endereço do domicílio. A recusa, endereço inexistente, domicílio fechado ou abandonado e condições de saúde que impediram a realização da entrevista, foram considerados perdas que representaram 151 dos 1.280 domicílios selecionados (11,8% da amostra). Os casos inelegíveis encontrados

durante a produção de dados foram substituídos por domicílios com características similares, gerando uma amostra definida para 1.280 domicílios em 64 setores censitários, já considerando as perdas. Ao final, participaram do estudo 1.129 indivíduos, de todas as faixas etárias consideradas, correspondendo a igual número de domicílios. Foram 154 idosos entrevistados. Essa amostra de idosos foi representativa na estrutura populacional dos idosos de Betim para estudo de prevalência analítica.

A pesquisa foi realizada no período de julho a novembro de 2014 e investigou os episódios ocorridos nos 12 meses anteriores à data de aplicação do questionário. Participaram desse inquérito, além de componentes do grupo de pesquisa, Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais da Secretaria de Saúde de Betim. Os dados obtidos alimentaram um banco construído utilizando-se o pacote estatístico SPSS. A capacitação de todos os pesquisadores foi realizada de forma teórica e prática para alinhamento de conceitos e questionamentos, fundamentada no Manual do Pesquisador elaborado para o estudo.

Utilizou-se um questionário para a coleta de dados, organizado para o estudo, com base em literatura atualizada sobre o tema e considerando ainda a Pesquisa Nacional de Saúde. Foi testado previamente e adequado em alguns aspectos, quando necessário.

Foi organizado em blocos temáticos: condições sociodemográficas, saúde, trabalho, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária e violência autoinfligida e para alguns blocos, foram incluídos questionários próprios, já validados, como é o caso dos sintomas depressivos.

A variável dependente foi representada pela violência (sim, não). As variáveis independentes foram retiradas do bloco condições gerais e condições de saúde do idoso: faixa etária, sexo, estado civil, raça/cor, renda individual, tipo de moradia, ocupação, escolaridade, uso do seu dinheiro por outro, sentimento de medo, ter se sentido prejudicado por alguém, violência verbal (por que ela sempre vem associada a outra violência), privacidade, tomar medicamento sozinho, sentimento de tristeza, sentimento de rejeição, sentir-se incomodado, estar doente, precisar fazer algo contra a vontade, sentir-se indesejado, ter confiança na família, ter objetos tomados, praticar alguma religião e autopercepção de saúde.

A análise do grau de dependência para o manejo financeiro ocorreu de acordo com questões relacionadas ao controle individual das finanças e capacidade de pagar contas, emitir cheques ou manusear cartões de crédito sem auxílio.

Inicialmente foi feita uma análise bivariada e posteriormente uma análise logística para avaliar a associação entre as variáveis dependente (violência no idoso) e independentes. As associações com o valor de $p < 0,20$ foram incluídas na análise logística

(multivariada). As análises foram realizadas no programa estatístico Stata, versão 14. Este estudo contou com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Resultados

Dos 154 idosos incluídos no estudo, foram observados 17 casos de violência, sendo que alguns idosos foram vitimados por mais de um tipo de violência. Do total de ocorrências de violência, destacou-se a falta de acesso a direitos sociais (31,2%), seguida pela violência verbal (21,8%), moral/psicológica (18,8%), falta de cuidados necessários (15,6%), violência física (6,4%), sexual (3,2%) e discriminação (3,2%).

Tabela 1 - Variáveis socioeconômicas relacionadas à ocorrência de violência contra o idoso, Brasil, 2014.

| Variáveis socioeconômicas | Total | | Violência | | | | Valor p |
|---------------------------------|-------|-----|-----------|------|-----|------|---------|
| | N | % | Não | | Sim | | |
| | | | n | % | n | % | |
| Faixa etária | | | | | | | |
| 60 a 65 anos | 90 | 100 | 82 | 91,1 | 8 | 8,9 | 0,574 |
| 66 a 70 anos | 50 | 100 | 43 | 86 | 7 | 14 | |
| > 70 anos | 14 | 100 | 12 | 85,7 | 2 | 14,3 | |
| Sexo | | | | | | | |
| Masculino | 55 | 100 | 52 | 94,6 | 3 | 5,4 | 0,115 |
| Feminino | 99 | 100 | 85 | 85,9 | 14 | 14,1 | |
| Estado Civil | | | | | | | |
| Com companheiro | 63 | 100 | 55 | 87,3 | 8 | 12,7 | 0,580 |
| Sem companheiro | 91 | 100 | 82 | 90,1 | 9 | 9,9 | |
| Raça/Cor | | | | | | | |
| Branca | 35 | 100 | 32 | 91,4 | 3 | 8,6 | 0,596 |
| Não branca | 119 | 100 | 105 | 88,2 | 14 | 11,8 | |
| Renda individual | | | | | | | |
| Até 1 salário mínimo | 87 | 100 | 78 | 89,7 | 9 | 10,3 | 0,754 |
| > 1 salário mínimo | 67 | 100 | 59 | 88,1 | 8 | 11,9 | |
| Tipo de moradia | | | | | | | |
| Própria | 128 | 100 | 116 | 90,6 | 12 | 9,4 | 0,169 |
| Não própria | 26 | 100 | 21 | 80,8 | 5 | 19,2 | |
| Ocupação | | | | | | | |
| Trabalha | 113 | 100 | 100 | 88,5 | 13 | 11,5 | 0,590 |
| Não trabalha | 41 | 100 | 37 | 90,2 | 4 | 9,8 | |
| Escolaridade | | | | | | | |
| 1 a 8 anos | 127 | 100 | 112 | 88,2 | 15 | 11,8 | 0,507 |
| > 8 anos | 27 | 100 | 25 | 92,6 | 2 | 7,4 | |
| Dinheiro usado por outro | | | | | | | |
| Não | 132 | 100 | 121 | 91,7 | 11 | 8,3 | 0,009 |
| Sim | 22 | 100 | 16 | 72,7 | 6 | 27,3 | |

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Na análise bivariada não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre violência e variáveis sociodemográficas (tabela 1); e, como mostra a Tabela 2, destacaram-se as associações de violência com as variáveis: tiveram seu dinheiro usado por outro, alguém o prejudicou, violência verbal, sente tristeza, sente-se rejeitado.

Tabela 2 - Variáveis de saúde relacionadas violência contra o idoso, Brasil, 2014.

| Variáveis de saúde | Total | | Violência | | | | Valor p |
|---------------------------------------|-------|-----|-----------|------|-----|------|---------|
| | N | % | Não | | Sim | | |
| | | | n | % | n | % | |
| Sente medo | | | | | | | |
| Não | 143 | 100 | 128 | 89,5 | 15 | 10,5 | 0,348 |
| Sim | 11 | 100 | 9 | 81,8 | 2 | 18,2 | |
| Alguém o prejudicou | | | | | | | |
| Não | 146 | 100 | 132 | 90,4 | 14 | 9,6 | 0,044 |
| Sim | 8 | 100 | 5 | 62,5 | 3 | 37,5 | |
| Violência verbal | | | | | | | |
| Não | 138 | 100 | 128 | 92,8 | 10 | 7,2 | 0,001 |
| Sim | 16 | 100 | 9 | 56,3 | 7 | 43,7 | |
| Tem privacidade | | | | | | | |
| Não | 8 | 100 | 6 | 75 | 2 | 25 | 0,216 |
| Sim | 146 | 100 | 131 | 89,7 | 15 | 10,3 | |
| Toma medicamento sozinho | | | | | | | |
| Não | 17 | 100 | 14 | 82,4 | 3 | 17,6 | 0,405 |
| Sim | 137 | 100 | 123 | 89,8 | 14 | 10,2 | |
| Sente tristeza | | | | | | | |
| Não | 107 | 100 | 99 | 92,5 | 8 | 7,5 | 0,033 |
| Sim | 47 | 100 | 38 | 80,9 | 9 | 19,1 | |
| Sente-se rejeitado | | | | | | | |
| Não | 136 | 100 | 124 | 91,2 | 12 | 8,8 | 0,016 |
| Sim | 18 | 100 | 13 | 72,2 | 5 | 27,8 | |
| Sente-se incomodado | | | | | | | |
| Não | 91 | 100 | 82 | 90,1 | 9 | 9,9 | 0,624 |
| Sim | 63 | 100 | 55 | 87,3 | 8 | 12,7 | |
| Doente | | | | | | | |
| Não | 135 | 100 | 121 | 89,6 | 14 | 10,4 | 0,444 |
| Sim | 19 | 100 | 16 | 84,2 | 3 | 15,8 | |
| Precisa fazer algo sem vontade | | | | | | | |
| Não | 144 | 100 | 130 | 90,3 | 14 | 9,7 | 0,083 |
| Sim | 10 | 100 | 7 | 70 | 3 | 30 | |
| Sente-se indesejado | | | | | | | |
| Não | 138 | 100 | 125 | 90,6 | 13 | 9,4 | 0,080 |
| Sim | 16 | 100 | 12 | 75 | 4 | 25 | |
| Tem confiança na família | | | | | | | |
| Não | 20 | 100 | 17 | 85 | 3 | 15 | 0,466 |
| Sim | 134 | 100 | 120 | 89,6 | 14 | 10,4 | |
| Já teve objetos tomados | | | | | | | |
| Não | 123 | 100 | 112 | 91,1 | 11 | 8,9 | 0,098 |
| Sim | 31 | 100 | 25 | 80,7 | 6 | 19,3 | |
| Prática alguma religião | | | | | | | |
| Sim | 135 | 100 | 121 | 89,6 | 14 | 10,4 | 0,440 |
| Não | 19 | 100 | 16 | 84,2 | 3 | 15,8 | |
| Autopercepção de Saúde | | | | | | | |
| Boa | 88 | 100 | 81 | 92 | 7 | 8 | 0,197 |
| Negativa | 66 | 100 | 56 | 84,9 | 10 | 15,1 | |

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Na análise multivariada permaneceram no modelo as variáveis: tiveram seu dinheiro usado por outro e a violência verbal (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados da análise multivariada, violências mais associadas à ocorrência de violência contra o idoso, Brasil, 2014.

| Variáveis | OR ajustada | 95% IC | Valor p |
|---------------------------------|--------------------|---------------|----------------|
| Dinheiro usado por outro | | | |
| Não | 1 | | |
| Sim | 3,93 | 1,12 - 13,79 | 0,033 |
| Violência verbal | | | |
| Não | 1 | | |
| Sim | 962 | 2,74 - 33,75 | <0,001 |

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

* Hosmer-Lemeshow = 0,794

Discussão

Este estudo representa uma contribuição para a identificação de violências mais associadas à violência em idosos em um município de médio porte no Brasil. Assim como demonstraram nossos resultados, as causas da violência no idoso são variadas e existem muitos fatores que afetam sua ocorrência¹⁵. Neste estudo, dentre as violências mais associadas a outros episódios de violência que ocorreram em homens e mulheres idosos, destacaram-se o abuso financeiro e violência verbal.

Ao analisar os determinantes de violência no idoso, poucos estudos tratam do abuso financeiro, todavia é equivalente a outras formas de abuso e pode ser devastador para o idoso, tendo relação quase sempre direta com os integrantes da família, amigos próximos e cuidadores^{2,16,17}.

O abuso financeiro é descrito como a apropriação de qualquer recurso do idoso, sendo normalmente praticado por familiares ou pessoas próximas, sobretudo quando o idoso é o provedor. Muitos sentimentos influenciam a aceitação desta prática pelo idoso como o receio de represália a possíveis reclamações ou denúncias. Mas, muitas vezes a ligação afetiva forte com um dos membros de seu núcleo familiar e a necessidade de apoio emocional se tornam impeditivos para qualquer ação contra esse tipo de violência. Estabelecida a relação de poder, pode o problema caminhar da violência financeira para a emocional ou mesmo física¹⁸.

Outro problema apontado pelos mesmos autores se refere ao consumo de drogas (lícitas ou ilícitas) por pessoa da família. A situação se complica um pouco mais quando esse agressor é preso porque, apesar do problema vivido, o idoso sofre com essa prisão, sobretudo se houver envolvimento de filhos.

O estudo apontou que a maioria dos idosos que relatou violência tinha ocupação. Esse fato é desencadeante de possíveis situações como a da dependência financeira de membros da família e abuso financeiro, visto que a maioria possui renda própria. Esse abuso acontece, geralmente, por falta de apoio familiar suficiente e é no cuidado dessas vítimas que os serviços de saúde, de assistência e de apoio mais falham no Brasil¹⁹.

Dessa forma, a composição familiar e o risco psicossocial devem ser sempre investigados pelos profissionais de saúde, como um possível preditor da saúde nessa faixa etária. Essa associação expressa o ciclo da violência, pois, em geral, antes de ocorrer a agressão física, o agressor ameaça a vítima ou comete violência psicológica, que, por vezes, é negligenciada²⁰.

Violência, agressão, maus-tratos, abusos contra os idosos são expressões que dizem respeito a processos e a relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou ainda institucionais, que causem danos físicos, danos psicológicos e morais à pessoa².

Ao verificar a interligação entre violência verbal e abuso financeiro com outros episódios de violência contra o idoso, é possível reconhecer uma possível naturalização da violência nos relacionamentos, especialmente a psicológica, perpetrada por violência verbal, tratamento coercitivo, insultos, maldições, gritos e ameaças, com prática sabidamente elevada²¹.

Embora não tenha sido observada associação estatística, alguns dados merecem destaque. Com relação à faixa etária, os resultados demonstraram que 88% dos casos de violência concentraram-se na faixa de 60 a 70 anos. Resultados semelhantes para a faixa etária foram encontrados em estudos nacionais^{7,15,22} e internacionais²³⁻²⁵.

Com relação ao gênero, 14 (82%) mulheres relataram ter sofrido violência. Em contrapartida somente 3 (5,4%) homens se declararam vítimas de atos violentos. O fato de o envelhecimento da população global ser caracterizado por mulheres vivendo mais do que os homens, não pode explicar por si só, que mais mulheres (mais velhas) experimentem violência do que homens (mais velhos). A extensão e severidade da violência são maiores do que as formas relatadas por homens mais velhos - mais violência física e negligência relatada por mulheres mais velhas. Esse achado corrobora com a feminização do envelhecimento e conseqüentemente, da violência nesta faixa etária¹⁶.

Vários estudos afirmam que violência no idoso tem sexo, cor e fatores representativos que fundamentam sua gênese. Estudo americano²⁶ apontou que as idosas de cor eram 2,8 vezes mais prováveis de relatar abuso do que as brancas. Além disto, sabe-se que idosos com maior nível educacional são menos propensos a sofrerem violência em comparação com aqueles com menor instrução⁶. Estas associações não foram observadas neste estudo.

Apesar da individualidade, o processo de envelhecimento se abriga em um contexto sociocultural, que grande parte das vezes conduz a uma visão homogênea do envelhecer. A velhice é reduzida ao declínio e às perdas em contraposição ao culto à juventude. Essa análise simplificada e generalizada pode acarretar certa dificuldade, observada entre familiares no reconhecimento do idoso como sujeito. Nesse caso, a situação financeira do idoso pode gerar uma situação dúbia, já que podem conviver ao mesmo tempo o respeito ao sujeito idoso (provedor) ou a vulnerabilidade do descartável (declínio da vida), percepção que pode resultar em exploração, dominação ou opressão²⁷.

Com essa concepção de velhice como declínio e perdas, do indivíduo inútil em uma sociedade utilitária e produtiva, e a intolerância observada neste contexto, surge o ageísmo (*ageism*), termo utilizado pela primeira vez por Robert Butler, em 1969, para definir a discriminação e intolerância pela idade, sendo o grupo de idosos, o mais vulnerável. O ageísmo apresenta características ímpares, já que qualquer pessoa está sujeita a este tipo de preconceito, bastando para isto viver mais. Na maioria das vezes, trata-se de preconceito inconsciente, implícito, sem controle e intenção de prejudicar o seu alvo²⁸.

O ageísmo está presente em toda parte, de certa maneira, aceito como normal e por isto, sem oposição como outros tipos de discriminação e preconceito²⁹, sendo pouco ou nada combatido, marginalizando cada vez mais o idoso, com impacto negativo sobre seu bem-estar, mesmo na ausência de violência.

Uma limitação deste estudo foi o uso de dados autorrelatados e o viés de memória, principalmente por se tratar de indivíduos idosos. No entanto consideramos maior limite a dor e constrangimento que podem acometer o idoso ao ter que falar sobre dores sofridas, muitas vezes diariamente e o envolvimento de pessoas muitas vezes queridas. Como outra limitação desta pesquisa pode-se citar a não inclusão de variáveis relevantes para a análise da violência contra idosos, tais como histórico de violência na família, uso de substâncias psicoativas, insegurança no local de moradia e rendimento domiciliar. Além disso, há possibilidade de viés de informação não diferencial, pois o desfecho de violência trata de uma medida autorreferida levantada em um estudo populacional de abrangência municipal.

A prevalência relativamente baixa encontrada neste estudo pode refletir a dificuldade e o medo de discutir o tema da violência. Tal fato, pode estar associado ainda, com a dimensão plural da subnotificação, destacando-se a dificuldade de entendimento da pessoa idosa do conceito de violência e ao consenso de aceitação – que é fortalecido pela exiguidade de programas de proteção ao idoso³⁰.

A violência contra o idoso é desafiadora para a saúde. Afeta diretamente o Sistema de Saúde Público Brasileiro, a sociedade como um todo, os direitos, a democracia e merece atenção central porque precisa de uma estratégia de prevenção com articulação das dinâmicas sociais que engendram as violências³¹. Por causa da lacuna no conhecimento,

pouco se sabe sobre violência contra o idoso, particularmente sua prevalência, bem como, estratégias de prevenção e intervenção baseada em evidências.

A violência constitui um fator de risco para problemas sociais e de saúde, entretanto é evitável e de responsabilidade da esfera social e da justiça. De acordo com diversos estudos, a violência contra o idoso mais prevalente é a negligência, sobretudo contra as mulheres com idade entre 70 e 79 anos, cometida por agressor do sexo masculino e membro da própria família³².

Considerando que as várias expressões de violência podem ser prevenidas e reduzidas a partir do conhecimento dos diferentes aspectos que permeiam a violência contra idosos, entende-se a necessidade da ampliação de investigações na área, não somente documentais, mas também de pesquisas de campo, junto aos idosos da comunidade, a fim de preencher as lacunas no conhecimento sobre a extensão do problema, a eficácia dos programas de prevenção e o acesso aos serviços de apoio para o atendimento às vítimas de violência⁽³²⁾.

De modo geral, para reduzir e enfrentar os maus-tratos contra idosos destaca-se, no âmbito da prevenção e intervenção, a importância dos serviços de saúde na identificação dos casos. Mediante o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pela ESF e a incorporação crítica dos saberes e das tecnologias disponíveis, tendo em consideração as características específicas da população atendida, geralmente residente em áreas de risco, é possível desenvolver ações territoriais de prevenção de doenças e agravos. A partir da percepção dos profissionais de saúde quanto aos riscos de violência comunitária e das queixas dos idosos sobre qualquer tipo de agressão vinda de pessoas desconhecidas, podem-se tomar medidas de assistência adequadas às vítimas, notificar e comunicar a violência à Delegacia de Proteção ao Idoso³³.

Destaca-se, ainda no âmbito da prevenção da violência, a necessidade da promoção de iniciativas com o propósito de conscientizar e educar a população geral para o problema da violência contra o idoso. O uso de recursos midiáticos nessa conscientização e educação da população deve enfatizar o papel do idoso na sociedade, além de aumentar o saber popular sobre os direitos assegurados às pessoas idosas e as consequências da violação desses direitos. Destaca-se a necessidade de maior fiscalização da aplicação das leis de proteção do idoso, na disposição de condenar os atos violentos, em suas diferentes formas, e intervir nos fatores de risco da violência, em seus diferentes níveis (do indivíduo às relações comunitárias e na sociedade geral)³³.

Numa perspectiva de inclusão de múltiplos conhecimentos e experiências para o enfrentamento da violência no idoso, sugere-se o desenvolvimento e a validação de instrumentos específicos para esse grupo populacional, que explorem mais o abuso financeiro e a violência verbal, tendo em vista a relevância que essas violências

demonstraram. Devem-se considerar os fatores associados mais presentes identificados na literatura aprofundando-se questões que engendram a violência nos idosos, a exemplo da sua associação a outros abusos.

Conclusão

No mundo contemporâneo envelhecer tem sido para o ser humano um processo por vezes desagradável, porque o indivíduo começa a perceber que em muitos aspectos biológicos e sociais não se percebe mais como costumava perceber, por conta disso, muitos chegam a pensar que a velhice é sinônimo de doença, fraqueza e inutilidade. Logo, a velhice é considerada má pela maioria das pessoas idosas, porque pensam não poder ser mais criativas e, em consequência, se privam de muitas atividades normais, por medo de fracasso ou censura.

Envelhecer significava não apenas a interrupção de um conjunto de atividades realizadas anteriormente, mas também uma mudança no estilo de vida e no costume, que seria mantida até a existência do indivíduo. Diante de sucessivas perdas, o idoso pode chegar ao isolamento, quer por vontade própria ou por imposição familiar, pois o fato de ter menos ocupações para com a sociedade, ou ser menos solicitado pela família, o faz perceber-se um indivíduo improdutivo, induzindo-o, por conseguinte à perda do seu próprio poder de decisão.

Contudo, os idosos podem continuar ativos em seu meio, contribuindo para o bem-estar de sua família e da sociedade, não necessariamente se tornar um ônus, podendo assumir inúmeros papéis sociais na comunidade. Seria essa realidade adequada onde o idoso se sentiria feliz e acolhido.

Neste estudo, as violências abuso financeiro e violência verbal foram os mais associados a outros episódios de violência na pessoa idosa.

Este estudo agrega conhecimento a temática, pois, ultrapassa a lógica organizativa das violências nos ciclos da vida e insere uma perspectiva de inclusão de mais algum conhecimento e experiências que podem aguçar o olhar dos profissionais de saúde para identificação de episódios de violência contra o idoso. Contudo, é importante frisar que apesar dos avanços, ainda há muito que se compreender acerca da prevalência real da situação de violência vivenciada por idosos no Brasil e seus determinantes.

Os resultados encontrados configuram um desafio para os profissionais de saúde frente às políticas públicas, por tratar de contextos de vulnerabilidade que devem ser inseridos numa agenda de prioridades. Os resultados justificam ainda o desenvolvimento de novas pesquisas acerca dos fatores associados e de violência nos idosos, a presença do ageísmo, como também, maior atenção para a sua ocorrência, principalmente no ambiente

domiciliar. Novos conhecimentos resultarão em novas possibilidades de enfrentamento e prevenção.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: subsídios para as projeções da população*. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/IBGE. n. 03; 2015.
2. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Serra AM and Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health BMC series – open, inclusive and trusted* 2018;18:167. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5067-8>.
3. Baker, MW. Elder Mistreatment: Risk, Vulnerability, and Early Mortality. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 2007; 12(6), 313-321. DOI: 10.1177/1078390306297519.
4. Apratto Júnior PC. The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). *Ciênc Saúde Colet [Internet]* 2010 Set[cited 2018 Feb 15];15(6):2983-2995. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a37v15n6.pdf> Portuguese.
5. Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Stenlund H and Lundin-Olsson L. Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. *BMC Public Health* 2011 11:670. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-670>.
6. Skirbekk V, James KS. Abuse against elderly in India. The role of education. *BMC Public Health*. 2014;14: 336 DOI: 10.1186/1471-2458-14-336.
7. Duque AM, Leal MCC, Marque APO, Eskinazi FMV, Duque AM. Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco). *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2012[cited 2018 Feb 12];17(8):2199-2208. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/en_1982-0194-ape-027-003-0208.pdf.
8. Warmling Deise, Lindner Sheila Rubia, Coelho Elza Berger Salema. Prevalência de violência por parceiro íntimo em idosos e fatores associados: revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2017 Set [citado 2018 Fev 26]; 22(9): 3111-3125. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002903111&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12312017>.
9. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen psychiatry* 2009; 66: 152–61.
10. Yan, E., Chan, KL., & Tiwari, A. (2014). A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(2), 199-219. doi: 10.1177/1524838014555033.
11. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. 2013 Mar; 43(3):471-81. DOI: 10.1017/S0033291712001511.
12. Fazel S, Wolf A, Chang Z, Larsson H, Goodwin GM. Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry*. 2015 Oct; 2(3): 224–232. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00128-X.
13. Dong X, Simon MA. Vulnerability risk index profile for elder abuse in a community-dwelling population. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:10–5. DOI: 10.1111/jgs.12621.
14. Minayo MCS, Souza ER, Paula DR. Systematic review of the Brazilian academic production about external causes and violence against the elderly. *Ciência & saúde coletiva* 2010,

- 15(6):2719–28. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20922280> [Accessed Feb 27, 2018]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600010>.
15. Paiva MM, Tavares DMS. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(6):727-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>.
 16. Brownell P. Preventing neglect, abuse and violence against older women. *Global Cooperation Newsletter, October Issue.* Entebbe: International Council of Social Welfare; 2013. (Review article). *SEEJPH* 2014. DOI: 10.12908/SEEJPH-2014-03.
 17. Melchiorre MG, Rosa M, Lamura G, Gonzales FT, Lindert J, Stankunas M, et al. Abuse of Older Men in Seven European Countries: A Multilevel Approach in the Framework of an Ecological Model. Published: Feb 26, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146425>.
 18. Apratto, PC, & Morais, CL. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, (2010) 15(6), 2983(13). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600037>.
 19. Souza ER, Minayo MCS. The insertion of the violence against elderly theme at health care public policies in Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 Set [cited 2018 Feb 17] 15 (6): 2659-2668. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600002>.
 20. Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierno R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina elder mistreatment study. *J Interpers Violence* [Internet]. 2011[cited 2018 Feb];26(15):2947-72. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4182959/>.
 21. Koenig MA, Stephenson R, Ahmed S, Jejeebhoy SJ, Campbell J. (2006). Individual and contextual determinants of domestic violence in North India. *American Journal of Public Health*, 96(1), 132-138. doi: 10.2105/AJPH.2004.050872.
 22. Nogueira CF, Freitas MC, Almeida PC. Violence against elderly in Fortaleza, Ceará State: a documental analysis. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet] 2011[cited 2014 Jul 12];14(3):543-554. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n3/v14n3a14.pdf>.
 23. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, Kilpatrick DG. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistratment Study. *Am J Public Health* [Internet]. 2010 Feb[cited 2018 Feb];100(2): 292-7. *Rev Bras Enferm.* 2015 nov-dez; 68 (6): 1035-41. [1041 ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804623/pdf/292.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804623/pdf/292.pdf).
 24. Strasser SM, Smith M, Weaver M, Zheng S, Cao Y. Screening for elder abuse mistreatment among older adults seeking legal assistance services. *West J Emerg Med* [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 May 12]; 14(4):309-315. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3735377/pdf/1936-900X-14-4-309.pdf>.
 25. Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of Elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2009 [cited 2013 Nov 12];49: 132- 137. Available from: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(08\)00121-0/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(08)00121-0/abstract).
 26. Cook JM, Stephanie DBA, and O'Donnell C. Older Women Survivors of Physical and Sexual Violence: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Jul; 20(7): 1075–1081. doi: 10.1089/jwh.2010.2279.
 27. Wanderbroocke ACNS & Moré CLOO. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8):2095-2103, 2012. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/20.pdf>
 28. Couto MCPP, Koller SH, Novo R, Soares OS. Avaliação de Discriminação contra Idosos em Contexto Brasileiro – Ageísmo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 25 (4): 509-518, 2012. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n4/a06v25n4.pdf>

29. WHO. World Health Organization. Ageing and life-course. 2018. Available in: <http://www.who.int/ageing/ageism/en/>.
30. Ruelas GMG, Duarte GMB, Flores HS, Ortega ADV, Cortés GJD, Taboada A, et al. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *Int J Equity Health*. 2018 Feb 27;15:35. DOI: 10.1186/s12939-016-0315-y.
31. Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC e D'orsi E. Prevalence of violence against the elderly and associated factors - a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2016, vol.19, n.4 [cited 2018-03-03], pp.671-682.. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150184>.
32. Silva GCN, Almeida VL, Brito TRP, Godinho MLC, Nogueira DA, Chini LT. Violência contra idosos: uma análise documental. *Aquichan*; 18(4): 449-460. 2018.
33. Alencar Júnior FO, Moraes JR. Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* vol.27 n° 2 Brasília jun. 2018 Epub 10-Maio-2018.

A violência na percepção de adolescentes em um assentamento rural: uma abordagem quantitativa

Angela Moreira
Débora Mesquita Lentz Monteiro
Ricardo Tavares
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Resumo

Objetivos: caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes em situação de violência e construir um Indicador de Violência e associá-lo com características da escola e da família. Método: pesquisa transversal de abordagem quantitativa, realizado com 44 adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, de ambos os sexos, matriculados em uma escola de zona rural, particular e filantrópica, no município de Alto Paraíso de Goiás - GO. Os dados foram coletados através de aplicação de Questionário de Pesquisa sobre Saúde e Prevenção da Violência – SAUVI para adolescentes, no segundo semestre de 2016. Utilizou-se o Programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) – versão 20.0 e o software R – versão 3.2.4 (2016), para a realização das análises estatísticas. Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequência, análise bivariada e análise multivariada utilizando análise de correspondência.

Palavras-chave: Percepção. Adolescente. Violência. Escola. Assentamentos rurais.

Apresentação

O presente capítulo apresenta a percepção da violência por adolescentes de 10 a 19 anos residentes em um assentamento rural do município de Alto Paraíso de Goiás, Brasil, e que tipo de relações se estabelecem entre a violência percebida e aspectos relacionados à vida familiar e escolar destes adolescentes.

A violência é um fenômeno social e histórico que acompanha a humanidade desde seus primórdios. Segundo dados da *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*, a violência causa grande impacto nos indicadores de saúde e interfere na qualidade de vida das pessoas, família e comunidade, elevando custos sociais, dentre outras consequências, sendo, portanto, um problema de saúde pública e que necessita ser encarado. Para isso, são necessárias ações integradas e articuladas de todas as esferas da sociedade¹.

Segundo dados do *Sistema de Informações Estatísticas da Organização Mundial da Saúde (WHOSIS)*, o Brasil ocupa a 10^a posição entre os 100 países analisados com relação aos homicídios por arma de fogo, representando 20,7 homicídios por cada 100 mil habitantes. Assim, no Brasil, as estatísticas mais atuais sobre o tema consideram a violência um grande risco à saúde dos indivíduos².

De acordo com o *Relatório das Nações Unidas sobre a Violência contra Crianças e Adolescentes*, a violência contra adolescentes está presente em todos os países, em diversas culturas, classes, níveis de escolaridade, faixas de renda e origens étnicas³.

Dados do *Mapa de Violência do Brasil* apresentam a violência como um desafio de saúde pública que possui forte incidência sobre a população adolescente e jovem. As estatísticas demonstram que, no País, de 1980 até 2012, morreu um total de 880.386 vítimas de disparos de armas de fogo. Esta realidade se torna mais impactante ao se observar que 497.570 destas vítimas eram adolescentes e jovens na faixa de 15 a 29 anos de idade⁴.

Ainda segundo os dados do Mapa de Violência do Brasil, as mortes de crianças e adolescentes por causas externas – acidentes e homicídios – têm aumentado nas últimas décadas: em 1980 os óbitos na faixa de 0 a 19 anos de idade representavam 6,7% do total; em 2013 a participação desta faixa aumentou para 29%⁴.

O Ministério da Saúde, no documento *Impacto da Violência na Saúde dos Adolescentes*, evidencia que a violência pode gerar ao adolescente que a sofre problemas de diversas ordens, como sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos, durante toda a vida, podendo levar a outros prejuízos comportamentais à saúde⁵.

A adolescência aqui será considerada como o período da vida que compreende a faixa entre 10 e 19 anos de idade, conforme relatórios da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde^{5,6}.

Apesquisa aqui apresentada teve por objetivos caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes em situação de violência em um assentamento rural em Goiás e construir um Indicador de Violência que ofereça uma medida da percepção de violência pelos adolescentes, associando-o com características relacionadas à escola e à família tal qual relatadas pelos próprios entrevistados.

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa transversal de abordagem quantitativa acerca das percepções dos adolescentes do fenômeno da violência.

No estudo de tipo transversal as medidas são realizadas em um determinado ponto do tempo, não existindo período de seguimento dos indivíduos. É um tipo de estudo adequado para descrever características das populações⁷.

A pesquisa está baseada no levantamento censitário, ou seja, todas as pessoas do universo da pesquisa são interrogadas sobre um determinado assunto, por meio de um questionário.

O presente estudo é consequência da análise quantitativa correspondente à pesquisa realizada junto a adolescentes de um assentamento rural – Assentamento Sílvio Rodrigues (ASR), onde residiam à época 119 famílias e 449 pessoas. A coleta de dados ocorreu no período de 3 a 10 de dezembro de 2016.

Os critérios de inclusão deste estudo compreenderam: os alunos que estavam regularmente matriculados na escola, possuíam idade entre 10 e 19 anos, aceitaram participar da pesquisa e estiveram presentes no dia da aplicação do Questionário de Pesquisa sobre Saúde e Prevenção da Violência – SAUVI.

O *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* foi assinado pelos responsáveis, bem como um *Termo de Assentimento* foi assinado pelos participantes após todos os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e dos procedimentos de pesquisa.

Foi utilizado o Questionário de Pesquisa sobre Saúde e Prevenção da Violência – SAUVI para adolescentes, elaborado por pesquisadores vinculados ao Programa do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/UFMG. O Questionário tem por objetivo o estudo da violência em suas múltiplas faces, em diferentes grupos populacionais, entre eles crianças, adolescentes e jovens, por meio de entrevistas semiestruturadas, e está organizado em oito blocos temáticos: *Perfil Sociodemográfico, Religião, Escola, Sobre Você, Família, Trabalho, Sexualidade, Violência, Drogas e Questões*

Temáticas. Para atender aos objetivos propostos nesta pesquisa, o questionário passou por uma adaptação.

Os dados de natureza quantitativa foram armazenados e tabulados em bancos de dados, utilizando-se o Programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 20.0 para manipulação do banco de dados e o software R – versão 3.2.4 para a realização das análises estatísticas. Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequência, análise bivariada e análise multivariada utilizando análise de correspondência⁸.

Com o objetivo de sintetizar a indicação das respostas de um conjunto de perguntas qualitativas referentes às percepções dos adolescentes sobre a violência, construiu-se um Indicador de Violência, composto por 18 variáveis. As variáveis formadoras deste Indicador reúnem relatos de situações em que o adolescente sofreu violência ou teme sofrê-la, situações em que o adolescente foi autor de violência e ainda situações que tratam da presença e possibilidade de violência no seu meio, de variadas formas.

As 18 variáveis que compuseram esse indicador foram: *Você já apanhou na rua?*, *Você já bateu em alguém?*, *Você já foi desrespeitado por causa da sua cor?*, *Você acha o bairro onde mora violento?*, *Você já foi assaltado no bairro onde você mora?*, *Você tem medo de andar nas ruas do seu bairro?*, *Você já deixou de fazer alguma coisa por causa da violência?*, *Você já viu alguma situação de violência perto da sua casa?*, *Você acha que as palavras podem ofender uma pessoa?*, *Você já foi ofendido com palavras?*, *Você já praticou qualquer tipo de violência?*, *Você já feriu alguém?*, *Você se acha violento(a)?*, *Você tem algum tipo de arma?*, *Você já danificou coisas em momentos de raiva ou rebeldia ou sensação de injustiça (impulso do momento)?*, *Você já tomou parte de briga na qual um grupo de amigos seus lutou com outro grupo?*, *Você já participou de espancamento de uma ou mais pessoas por um grupo em número muito maior?*, *Você já foi vítima de qualquer tipo de violência?*

Cada variável utilizada na composição do Indicador de Violência foi recodificada de forma que a soma dos códigos atribuídos fosse igual a 0. Assim, quando a pergunta foi respondida como “sim”, recodificou-se com valor “+1” e, quando foi “não”, com valor “-1”.

O Indicador de Violência (IV) foi construído com a seguinte expressão:

$$IV = \sum_{i=1}^{18} X_i$$

Para facilitar o uso e sua interpretação, o Indicador foi padronizado para que assumisse valores na escala 0-1. A padronização adotada foi a seguinte:

$$IVpad_i = \frac{IV_i - \min(IV)}{\max(IV) - \min(IV)}$$

É importante notar que, quanto mais próximo de 1 for esse Indicador padronizado, maiores serão os indicativos, segundo a percepção dos adolescentes, da presença e possibilidade de violência.

A distribuição desse Indicador foi então analisada em combinação com variáveis qualitativas referentes a: **Escola** (*Você já foi reprovado na Escola, Você já abandonou a escola alguma vez, Como estão suas notas na escola*) e **Família** (*A sua relação com os seus pais é, Brigas são comuns na sua família*). Outros detalhes sobre a construção de indicadores a partir de variáveis qualitativas podem ser encontrados em Wittkowski *et al*⁸.

A Análise de Correspondência (AC) é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados que visa representar as associações entre os níveis das linhas e das colunas de uma tabela de contingência com duas ou mais entradas como pontos em um espaço de dimensão reduzida. As posições dos pontos da linha e da coluna são consistentes com as frequências da tabela. Com a análise de correspondência tem-se uma visão global dos dados e das associações que mais se destacam. Mais detalhes técnicos sobre a teoria e aplicações da AC podem ser obtidos em Greenacre^{10,11}.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, no dia 21 de novembro de 2016, com emissão do parecer nº 61529516.0.00005149.

Resultados

Participaram da pesquisa 44 adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, de ambos os sexos, matriculados em uma escola de zona rural localizada no Município de Alto Paraíso de Goiás/GO, cursando do 4º ao 9º ano do Ensino Fundamental e da 1ª à 3ª série do Ensino Médio, moradores de um Assentamento Rural.

Variáveis Sociodemográficas

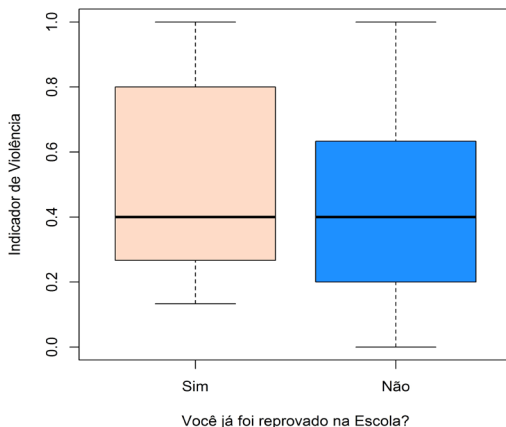
A análise sociodemográfica da população pesquisada mostrou que a maioria dos entrevistados são mulheres (56,8%), possuem idade ente 14 e 16 anos (60%), são solteiros (79,5%), nasceram no estado de Goiás (56,9%) e se autodefinem como mestiços/pardos (45,5%).

Escola e Indicador de Violência

A **Figura 1** apresenta a distribuição do Indicador de Violência para aqueles adolescentes que já foram ou não reprovados na escola. Observa-se que em termos medianos o indicador é similar para os que já foram e os que não foram reprovados, mas o terceiro quartil revela um indicador maior para os que já foram reprovados na escola.

Em suma, o tipo de distribuição dos valores indica que os adolescentes que já foram reprovados relataram maior exposição a violência do que os que nunca foram reprovados.

Figura 1 - Distribuição do Indicador de Violência em relação à reprovação na Escola, Assentamento Rural, 2017.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa

Ainda no âmbito escolar, a investigação da relação entre abandono da escola e Indicador de Violência demonstrou que os alunos que já abandonaram a escola tendem – assim como os alunos que já foram reprovados na escola – a atingir mais elevado Indicador de Violência. A mediana do IV para alunos que já abandonaram é de 0,65; a mediana do IV para alunos que nunca abandonaram a escola é de aproximadamente 0,4.

À reprovação e ao abandono escolar, juntam-se as notas dos adolescentes na escola: os alunos que relatam tirar boas notas são os que revelam menores Indicadores de Violência, em média. Os alunos que relataram ter notas boas, mais ou menos e ruins apresentaram Indicadores de Violência aproximados de 0,4, 0,5 e 0,7, respectivamente.

Vê-se que a frequência e o desempenho escolares estão em uma relação positiva com um menor Indicador de Violência.

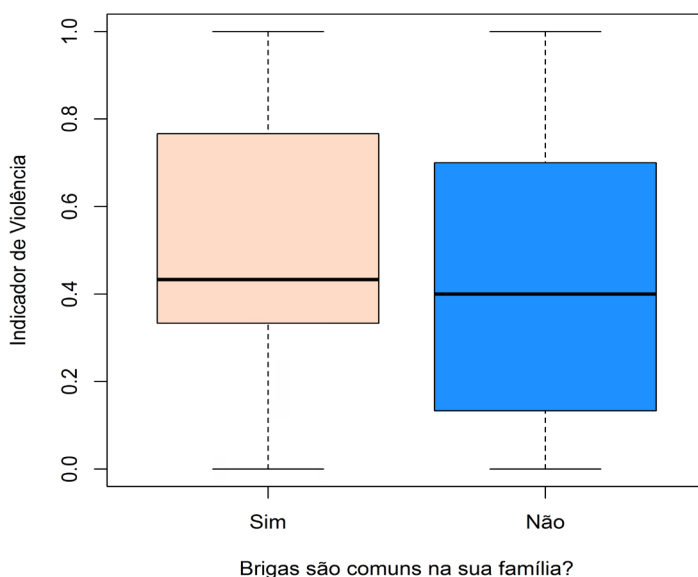
Família e Indicador de Violência

A variável *A sua relação com seus pais* é, em associação com o Indicador de Violência, demonstrou uma relação negativa entre qualidade desta relação e a presença de violência na vida do adolescente. Os entrevistados que consideraram possuir uma relação Muito Boa com os pais apresentaram Indicador de Violência de mediana 0,4; os entrevistados com relação Boa apresentaram IV de mediana 0,56; e os que disseram ser

a relação Ruim apresentaram mediana 0,68 – houve, portanto, uma gradação entre estes grupos. Apenas os entrevistados que disseram ser a relação com seus pais Muito Ruim se encontraram fora da gradação observada, com mediana de IV no valor de 0,35.

Quanto à variável *Brigas são comuns na sua família*, na **Figura 2** percebe-se um maior Indicador de Violência entre os entrevistados que disseram serem comuns as brigas em suas famílias. Além disso, estes entrevistados apresentaram Indicadores de Violência mais homogêneos do que o grupo que não relata brigas na família, estabelecendo-se numa faixa entre 0,34 e 0,78 na escala do Indicador, ao contrário do outro grupo, mais disperso.

Figura 2 - Distribuição do Indicador de Violência em relação às brigas na família dos adolescentes pesquisados, Assentamento Rural, 2017



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa

Mapa de correspondência: Abandono de Escola e Brigas na Família versus a violência

O mapa de correspondência entre “Você já abandonou a escola alguma vez?” e “Brigas são comuns na sua família” (**Figura 16**) mostra a associação entre o abandono de escola versus as brigas na Família e o indicador de violência. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (abandonou escola x brigas na família: Sim; Sim, Sim; Não, Não; Sim, Não; Não) e dos perfis coluna (indicador de violência: Baixo, Médio, Alto) devem ser analisadas as Tabelas 3 e 4.

Tabela 3 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Abandono da escola x Brigas na família), Assentamento Rural, 2017

| Abandono da escola x Brigas na família | Dim1 | Dim2 |
|--|---------------|---------------|
| Sim; Sim | 0,9601 | 0,0399 |
| Sim; Não | 0,4296 | 0,5704 |
| Não; Sim | 0,9202 | 0,0798 |
| Não; Não | 0,7397 | 0,2603 |

Fonte: Dados compilados pela autora

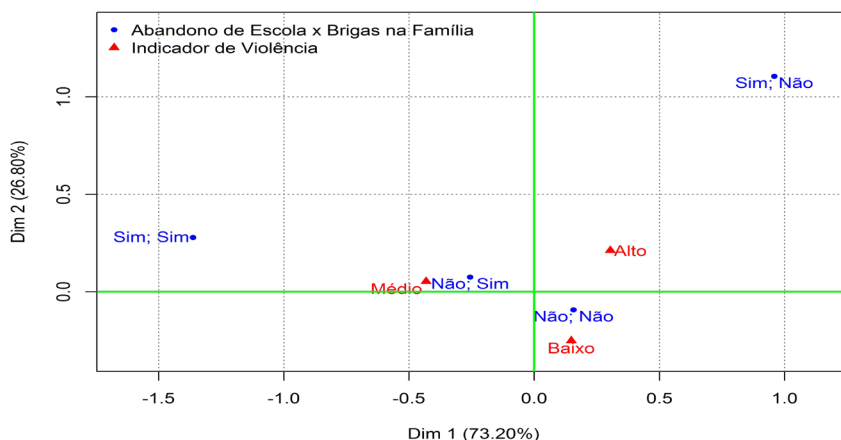
Tabela 4 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Indicador de Violência), Assentamento Rural, 2017.

| Indicador de Violência | Dim1 | Dim2 |
|------------------------|---------------|---------------|
| Baixo | 0,2576 | 0,7424 |
| Médio | 0,9850 | 0,0150 |
| Alto | 0,6729 | 0,3271 |

Fonte: Dados compilados pela autora

Com base na Figura 3 e levando em conta o peso das contribuições das duas dimensões, como apresentado nas Tabelas 3 e 4, verifica-se uma associação maior entre os entrevistados que afirmaram não terem abandonado a escola e não observado brigas na família com àqueles que tiveram um indicador de violência baixo. Os entrevistados com abandono na escola, independente se observaram brigas na família, tiveram uma associação fraca com àqueles com indicador de violência. Os jovens com indicador de violência médio se associaram mais com àqueles que observaram brigas na família, tanto com abandono da escola como também os que não tiveram abandono da escola.

Figura 3 – Mapa de correspondência entre Abandono de Escola versus Brigas na Família e o indicador de violência, Assentamento Rural, 2017



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa

Discussão

O Estatuto da Criança e do Adolescente garante o direito e a proteção para a infância e adolescência no Brasil, porém o controle e a percepção da violência cabem às instituições que têm maior contato com as crianças e os adolescentes, à família e à escola. À família cabe assegurar a alimentação, a educação, a proteção contra qualquer tipo de violência, devendo ainda transmitir valores de respeito ao próximo e não violência, garantindo um ambiente familiar mais saudável. A escola tem o dever de socialização de crianças e adolescentes, provenientes de diversos ambientes e com distintos hábitos e atitudes¹².

Nesta pesquisa, a maior violência registrada pelo Indicador de Violência criado associou-se positivamente tanto com pior relação com os pais quanto com brigas comuns na família. Estes achados, apontando para a existência de uma associação entre violência dentro da família e a maior vivência da violência pelo adolescente de forma geral, são corroborados por outras pesquisas sobre o assunto levadas a cabo Brasil, conforme passaremos a expor.

Recente pesquisa afirma que o ambiente doméstico foi identificado como um local de maior suscetibilidade para a vivência de violência, inclusive por parte de pais e familiares contra as crianças¹³.

A violência psicológica vivenciada entre os pais e presenciada pelos filhos no ambiente doméstico pode colaborar para que os filhos reproduzam este tipo de violência com colegas nas escolas, familiares e até mesmo na família que mais tarde constituirão^{14,15}.

A pesquisa de Giordani, que buscou identificar as manifestações e os fatores associados à violência escolar em adolescentes de Porto Alegre/RS, aponta relação positiva entre vitimização do adolescente por violência na escola e ocorrência de violência na família¹⁶.

O distanciamento afetivo entre pais e familiares e os adolescentes é apontado como fator que não colabora para o enfrentamento da violência por parte dos adolescentes e dificulta que possam expor o abuso que tenham sofrido¹⁷.

Segundo Assis e Souza, uma relação entre pais e filhos ruim e conflituosa pode favorecer o “envolvimento do adolescente com o uso de drogas que, por sua vez, estimula a entrada para o mundo infracional, e também a associação entre a violência na comunidade, as condições econômicas da família, o possuir parentes presos”. Ainda para estas autoras a origem da violência se encontra na frágil relação entre os adolescentes e as instituições como a família, igreja e escola¹⁸.

As relações dos adolescentes dentro da família se associam ao seu desempenho e comportamento na escola, os quais por sua vez têm relação com as suas vivências de violência em todos os ambientes, conforme mostram a Tabela 3 e o Mapa de Correspondência, o que é confirmado por outras pesquisas na área.

Castro (2017), ao pesquisar a violência doméstica e o aproveitamento escolar em uma escola municipal de Campina Grande/Paraíba, identificou que uma relação saudável entre os adolescentes e seus pais, na qual os pais definem limites e aplicam a disciplina de maneira positiva, contribui com o aprendizado e com o aproveitamento escolar dos adolescentes.

Conforme observado por Ristum e Giordani, as manifestações de violência por parte da família e da comunidade, apesar de serem externas à escola, interferem sobremaneira no dia a dia do adolescente na escola. Giordani identificou ainda que, dos adolescentes pesquisados que sofreram algum tipo de violência na escola, 59,3% também foram vítimas de violência familiar^{16,19}.

O cerne da violência escolar, de acordo com Njaine e Minayo, muitas vezes está relacionado aos conflitos e violências vivenciados fora do ambiente escolar, seja nos bairros, na comunidade, na família e nas próprias condições estruturais, sociais e econômicas. Estas vivências de violência pelos adolescentes nos diferentes locais podem impactar a vida escolar, afetando diretamente o desempenho escolar, a convivência com outros colegas e professores e favorecer a violência social²⁰.

A presente pesquisa indicou existência de associação entre reprovação, notas ruins e abandono de escola e uma maior presença de violência na vida do adolescente.

De acordo com Waiselfisz a maior parte dos adolescentes vítimas de homicídio possui um perfil de escolaridade inferior ao do conjunto dos adolescentes da mesma idade⁴.

Njaine e Minayo, ressaltam os papéis desempenhados pela família e escola como sendo fundamentais na base da educação dos adolescentes e para a sua inserção social. Ressaltam que a negação do diálogo e os tipos de violência que muitas vezes ocorrem na família podem refletir na vida escolar, expressos no comportamento agressivo ou na própria apatia do aluno, uma problemática que o educador precisa enfrentar²⁰.

Maia, Araujo, Santos Junior identificaram algumas consequências da violência psicológica nos adolescentes por eles pesquisados e o reflexo desta violência no contexto escolar, tais como “o isolamento, a evasão e a repetência escolar, o revide com a própria violência psicológica e a retirada do aluno da sala de aula”. Além disso, os autores detectaram que um adolescente escolar pode se tornar vítima da violência em virtude do

seu perfil (características físicas, familiares, comportamentais) e devido à violência sofrida reforçar padrões de isolamento, abandono de escola, reprovação escolar e até revidarem a agressão. Giordani, também identificou associação positiva entre a reprovação escolar e a vitimização na escola^{16,21}.

Castro identificou, a partir dos adolescentes pesquisados em escola municipal de Campina Grande/PB, que o baixo desempenho escolar está associado à vivência de violência no ambiente doméstico. Os adolescentes vítimas de violência doméstica apresentaram comprometimento cognitivo e socioeducativo²².

Considerações finais

O presente estudo evidenciou que as situações de violência podem acontecer em qualquer espaço – na escola, na família e na comunidade – e apresentou resultados que podem ajudar a entender melhor o contexto de como ocorrem as violências na família e na escola e como os adolescentes pesquisados no assentamento rural compreendem a violência. A família e a escola mostram serem espaços que permitem a identificação das violências experienciadas pelos adolescentes e a abordagem e ações de prevenção da violência.

Embora a pesquisa tenha sido realizada em uma comunidade escolar específica de um Assentamento Rural e seus resultados não possam ser generalizados para as demais escolas, os dados oferecem elementos importantes para a compreensão da violência em diferentes contextos e para a elaboração de estratégias de enfrentamento. Verifica-se a necessidade de estudos epidemiológicos nos quais sejam discutidas as contradições entre as percepções dos adolescentes e as suas condutas na escola, na família e na comunidade onde residem.

Como recomendação para alteração da realidade de violência, existe a necessidade de que todos os envolvidos com os adolescentes se capacitem para identificar, enfrentar e eliminar todas as formas de violência. Para isso, deve-se promover o investimento em programas educacionais e a capacitação de profissionais ligados à escola e à comunidade, já que todos têm compromisso com o processo educacional. Essas estratégias poderiam ocorrer com a cooperação dos órgãos de proteção da criança e do adolescente, como o Conselho Tutelar.

Portanto, a escola pode ser um espaço de reflexão e vivência educativa no enfrentamento da violência, seja ela institucional – gerada pelas condições socioeconômicas e culturais; seja pela atuação dos diversos estabelecimentos sociais, como a escola e a família; ou, ainda, manifestada nas relações entre pessoas e grupos.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências** [Internet]. Diário Oficial da União Nº 96. 2001 mai. 18; Seção 1E. p.3 [acesso em 2016 jul 27]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/portaria737_1254487650.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.
2. WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência: Homicídios por Armas de Fogo no Brasil**. Rio de Janeiro, FLACSO/CEBELA, 2016. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.
3. WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015: Mapa da Violência: Adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil**. Rio de Janeiro: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso). Disponível e: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2017.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf. Acesso em: 14 mar. 2017.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Young People's Health – a Challenge for Society. **Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731**. Geneva: WHO, 1986. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO_TRS_731.pdf. Acesso jan. em: 11 fev. 2017.
6. ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis** ano III, nº 6, 2011. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/introducao_aos_estudos_quantitativos_utilizados_em_pesquisas_cientificas.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.
7. R CORE TEAM (2016). R: **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
8. WITKOWSKI et al. (2004). **Combining several ordinal measures in clinical studies**. Statistics in medicine, 23, 1579-1592.
9. GREENACRE, M.J. (1984). **Theory and Applications of Correspondence Analysis**. London, Academic Press.
10. GREENACRE, M.J. (2007). **Correspondence Analysis in Practice**. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, second edition.
11. BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2015. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf. Acesso em: 11 fev. 2017.
12. RATES, S. M. M. *et al.* Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(3):655-665, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00655.pdf >. Acesso em: 18 abr. 2017.
13. SILVA, L. L., COELHO, E. B. S., CAPONI, S. N. Violência silenciosa: Violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface Comunicação**, Saúde, Educação, 11(21), 93-103, 2007.
14. RALO, J. M. Violência doméstica entre adolescentes escolares no município de São Paulo. 2013. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-06112013-111715/en.php>>. Acesso em: 25 mai. 2017.
15. GIORDANI, J. P. **Violência escolar: formas de manifestação e fatores associados**. Dissertação de Mestrado, 2015. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140825/000991649.pdf?sequence=1>> Acesso em: 20 jun. 2017.
16. SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, D. M.; SAVEGNAGO, S. D. O. Família e abuso sexual na perspectiva

de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Aletheia**, Canoas, n. 34, p. 109-122, abr. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 abr. 2017.

17. ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. Criando Caim e Abel – Pensando a Prevenção da Infração Juvenil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4(1), 131-144, 1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000100011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2017.
18. RISTUM, M. A violência doméstica contra crianças e as implicações da escola. **Temas em Psicologia** - 2010, Vol. 18, no 1, 231 – 242. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n1/v18n1a19.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.
19. NJAINE, K.; MINAYO, M. C. S. Violência na escola: identificando pistas para a prevenção, **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.13, p.119-34, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v7n13/v7n13a08.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.
20. MAIA, L. L. Q. G. N., ARAUJO, A., SANTOS JUNIOR, A. S. O entendimento da violência escolar na percepção de adolescentes. **Rev Med Minas Gerais**. 2; 22(2): 166-173, 2012. Disponível em: < <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/98> >. Acesso em: 18 abr. 2017.
21. CASTRO, J. V. B. **Relação da Violência doméstica com o aproveitamento escolar: Percepções entre crianças e adolescentes, de uma escola municipal na cidade de Campina Grande – Paraíba**. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração Instituto de Educação. Lisboa, 2017. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/8010/Juliana%20Valeska%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20FINAL.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jun. 2017.

O Treinamento de pais: Uma proposta que pode mudar a trajetória da violência

Sandra das Dores Souza
Rute Maria de Souza Velásquez
Helton Barbosa Damiani

Regimara Silveira Chaves Oliveira
Elza Machado de melo
Márcia Cristina Alves

Resumo

Este trabalho estudou se o uso do Treinamento de Pais pode contribuir para a prevenção de comportamentos violentos, partindo do princípio de que há uma relação entre comportamentos estereotipados e reprodução da violência. Para isso foi realizado uma intervenção através dessa estratégia, em uma escola da rede estadual de Belo Horizonte, acompanhado de uma escuta psicoterapêutica em um Grupo Operativo Psicoeducativo, a fim de mobilizar “estruturas estereotipadas” e prevenir o uso de comportamentos violentos na educação das crianças e adolescentes. A metodologia consistiu de aplicação de questionários de levantamento de dados sobre a família e a criança que foram construídos pela equipe do projeto, pelos resultados obtidos por meio da análise do Inventário de Habilidades Sociais, pela Observação participante e o Grupo Focal, que foram analisados através da Análise de conteúdo. O treinamento de pais se mostrou bastante eficaz para alcançar o objetivo proposto, podendo ser percebida uma grande diminuição nas práticas educativas violentas e melhora no relacionamento entre pais e filhos, podendo assim interferir no ciclo intergeracional da violência.

Palavras chaves: *Violência Intergeracional, Treinamento de Pais, Violência Intrafamiliar.*

Introdução

Vivemos atualmente em um mundo cada vez mais violento que tem provocado cada vez mais alterações e sofrimento, no dia a dia das pessoas. A violência vem se impondo de tal forma que não se pode mais negá-la, fazendo com que o que antes era assunto de apenas poucos jornais sensacionalistas, venha a se tornar um tema predominantemente próximo a toda população de uma maneira geral.¹

Milhares de pessoas morrem todos os dias, no mundo, em decorrência da violência e a esses números, muitas vezes, correspondem outros que acabam passando despercebidos por não demandarem cuidados de saúde e por não serem notificados, como ocorre nos casos de violência psicológica e nas violências domésticas que muitas vezes não são denunciadas por medo ou por estarem atreladas aos padrões culturais e aos vínculos existentes entre vítimas e agressores.²

O mapa da violência³ faz uma comparação onde se pode observar a existência de três grandes períodos claramente delimitados:

a) 1980/1995. Período no qual foi observado um acelerado crescimento dos homicídios das capitais mais regiões metropolitanas.

b) 1995/2003. Período em que houve um grande crescimento dos índices de violência tanto nas capitais e regiões metropolitanas quanto no interior, contribuindo para o incremento da violência nacional.

c) 2003/2010. Neste último período houve uma queda nas taxas das capitais e regiões metropolitanas, enquanto que os índices do interior continuaram crescendo, assumindo o papel de polo dinâmico, motor da violência homicida, ao impedir quedas substantivas nos níveis da violência nacional que as capitais mais regiões metropolitanas estariam conseguindo.

Com base nas pesquisas de Souza & Lima⁴ e nos dados do mapa da violência³ podemos perceber então que houve uma disseminação dos homicídios para outros municípios das regiões metropolitanas e para o interior dos Estados, na maioria das vezes, associados ao tráfico de drogas e outras mercadorias ilícitas, especialmente em áreas de ocupação e desenvolvimento recente.

Guimarães, Brasileiro e Hochgraf⁵ acreditam que o aprendizado das crianças acerca de seus papéis é um fator de risco importante para a violência, uma vez que há uma tendência natural de a criança responder às situações vividas de acordo com seus modelos aprendidos. O funcionamento complementar entre abusador e abusado sustenta a violência intrafamiliar e permite que essa situação se repita e, como consequência, que

os filhos vivam e aprendam que a violência faz parte de uma rotina aceitável, levando-os a repetir esse mesmo padrão quando adultos em suas próprias famílias. Como a violência intrafamiliar é em grande parte uma conduta aprendida, sua existência constitui um fator de risco para atos violentos no espaço social.⁵

Galinkin, Almeida e Anchieta⁶ realizaram estudo acerca das representações sociais de professores e policiais sobre a juventude e a violência. Segundo relatos de ambas as categorias de profissionais, a família moderna é uma das responsáveis pela violência praticada pelos jovens, uma vez que não têm cumprido adequadamente sua função, transferindo suas responsabilidades de educação dos filhos aos professores, quando deveriam, na verdade, ser os responsáveis por fornecer os princípios básicos para a formação do caráter e do modo de agir dos jovens. Acrescentam, além disso, o papel da desestruturação familiar, que tende a perpetuar atos violentos.⁶

Bolsoni-Silva e DelPrette⁷ revisaram a literatura sobre problemas de comportamentos e concluíram que eles podem sofrer influência de vários fatores como, por exemplo: a) história individual e familiar, tais como as características da família de origem relacionadas a modelos e modelagem de padrões de agressividade, uso de substâncias ou depressão e de dificuldades prévias à paternidade, como problemas interpessoais e instabilidade emocional; b) história atual das famílias, quanto à forma como os pais interagem com a criança (agressividade, inconsistência, abuso, negligência), as dificuldades interpessoais (preocupação com o poder, depressão, comportamento antissocial), a característica da criança - temperamento difícil, pouca sensibilidade à punição, atenção rebaixada, hiperatividade, déficit em habilidades sociais - e da escola - rejeição de colegas e manejo inefetivo dos professores. Bandura *et al*⁸ falam em modelação para explicarem o fenômeno da transmissão transgeracional da violência:

Modelação é o processo de aquisição de comportamentos a partir de modelos, seja este programado ou incidental. Também se nomeia como modelação a técnica de modificação de comportamento com o uso de modelos.⁸

Podemos pensar então, que as experiências anteriores de violência podem interferir no funcionamento mental e no comportamento dos pais, levando-os a terem comportamentos violentos com seus filhos. Durand⁹ afirma que situações de violência para aqueles que delas são vítimas costumam, posteriormente, se configurar como elementos que são transmitidos de forma não elaborada e por isso acabam sendo reproduzidas através das gerações. Testemunhar violência entre os pais ou ser vítima de violência quando criança são fatores que podem levar a pessoa a se envolver em situações de violência na vida adulta, seja como vítima ou mesmo como agressor, podendo ser constatando, com frequência, que atitudes violentas se reproduzem de uma geração a outra, criando cadeias que se repetem e criam uma espécie de destino. Essa transmissão intergeracional

da violência, segundo a autora, ocorre quando o que é transmitido não pode ser elaborado pelos sujeitos que transmitem e pelos que recebem a herança, como é o caso dos eventos traumáticos, que carregam uma carga excessiva de culpa e vergonha e são transmitidos junto com os mecanismos de defesa e interditos que estes suscitam para evitar que sejam conhecidos.⁹ Também os estudos de Almeida¹⁰ apontam que certas representações sobre investidas por afetos tendem a deter “a cadeia associativa”, levando a dificuldades na mudança psíquica, que revela traumas que são repassados dos pais para os filhos.

Tendo em vista o fenômeno da transmissão intergeracional da violência e, ainda, consenso, entre vários autores, de que ter sido vítima direta ou ter testemunhado violência intrafamiliar e ter construído apego inseguro com os próprios cuidadores configuram-se como importantes fatores de risco, o treinamento de pais pode se apresentar como abordagem efetiva, tanto no que concerne à avaliação, como no tratamento em si das situações de violência, visando uma facilitação na comunicação e realinhamento de papéis desempenhados pelo grupo familiar, colaborando para a elaboração dos processos de violência vivenciados no ambiente familiar, de forma a interromper sua repetição. O conhecimento dos fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento familiar e infantil fornece as bases para as intervenções precoces voltadas para a prevenção de tais distúrbios.¹¹

O treinamento de pais é um programa Psicoeducativo em que os pais atuam como coterapeutas de seus filhos. Estes pais fazem reuniões semanais com um facilitador para conhecerem técnicas educativas eficazes no combate a comportamentos danosos e indesejáveis de seus filhos. Frequentemente, são membros da comunidade, convidados a participarem normalmente por um profissional da psicologia que também pode funcionar como facilitador. As reuniões ocorrem semanalmente durante cerca de noventa minutos. A duração total de um Programa de Treinamento de Pais é de doze encontros conforme propõe Stern,¹² porém essa informação diverge um pouco da encontrada em Caballo,¹³ que diz que o número de sessões tem sido de dez, podendo ser mais flexível, de 5 a 10 sessões, sendo realizadas uma ou duas vezes, por semana, com duração de 60 a 90 minutos.

O Treinamento de pais visa ajudar os pais a modificarem o comportamento dos filhos por meio de técnicas auxiliadas por um terapeuta e tem sido aplicado a vários problemas infantis, sendo empregado principalmente nos casos de crianças com problemas de comportamento, sendo, nesta situação, a intervenção que mais obteve êxito com este público.¹³

Segundo os estudos de Stern,¹² o principal foco do grupo de treinamento de pais é propiciar o aumento da motivação dos pais para mudar suas práticas educativas, ajudando-os a abandonarem certos comportamentos negativos na criação dos filhos, muitos ligados à imagem pessoal que têm e à modelação de comportamentos pelo modo como foram criados. Segundo este autor, isso envolve uma atenção concentrada nos pensamentos e

sentimentos estabelecidos ao longo do tempo como crenças na necessidade de castigos físicos, vergonha, raiva e autopiedade, que podem atrapalhar os pais em melhorarem a forma de criarem seus filhos. O autor demonstrou que filhos que apanham de seus pais são mais agressivos, uma vez que aprendem por meio do modelo de seus pais a valorizarem a força e o poder nos relacionamentos para expressarem sentimento e resolverem problemas em vez de se manifestarem verbalmente, reproduzindo dessa forma o comportamento agressivo de seus pais.¹² VELASQUEZ et al¹⁴ realizaram vários estudos sobre as relações familiares e perceberam que os filhos tendem a reproduzir parâmetros educativos aprendidos no ambiente familiar, quando estabelecem uma nova família.¹⁴

O presente trabalho teve por objetivo desenvolver e avaliar uma experiência de treinamento de pais, em uma escola da rede estadual de Belo Horizonte, que está localizada na região central do Barreiro e atende alunos do 3º ao 5º ano do ensino fundamental e alunos do 1º e 2º ano do ensino médio, a grande maioria sendo residente dos aglomerados urbanos próximos à escola

O desenvolvimento da experiência

O Treinamento de Pais, no presente trabalho, foi desenvolvido como grupo operativo Psicoeducativo, segundo modelo criado por Pichon-Riviére, na década de 1940, buscando articular as proposições teóricas da psicanálise freudiana e a teoria de campo de Kurt Lewin.¹⁵

Pichon-Riviére define o grupo como um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articuladas por suas representações internas, que se propõem explicita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo para isto em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si.¹⁵

O grupo contou com a participação de 10 pais selecionados a partir da referência dos filhos, indicados pela própria escola. O contato com o grupo de pais e o convite foram providenciados pela diretora da escola, por meio de bilhetes enviados aos pais, tendo por portadores os próprios alunos. Foi realizada então uma reunião para lhes apresentar a proposta. Vinte pais compareceram à primeira reunião, porém desses vinte, apenas onze deram continuidade ao treinamento, sendo que posteriormente, uma das mães se distanciou, ficando então dez pais no total.

A proposta consistiu da realização de oito encontros semanais, aos sábados, em uma sala disponibilizada pela escola, com início às 15h30min, tendo uma duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos. Seguiu o programa de treinamento de pais preconizado por Pinheiro,¹⁶ adaptado pela autora.

Cada encontro foi organizado em três tempos, cada um destacando uma habilidade

específica. No primeiro tempo eram realizadas discussões sobre as tarefas propostas na semana anterior. Nesse momento os sucessos, as dificuldades, as dúvidas e as falhas foram analisadas pelo grupo mediado pela pesquisadora. No segundo tempo, apresenta-se o “passo” correspondente àquela sessão conforme a sequência pré-estabelecida abaixo. Os pais eram incentivados frequentemente a falarem de suas experiências, incluindo dificuldades e acertos. No último tempo, eram apresentadas pela pesquisadora as tarefas de casa a ser realizada no decorrer da semana. O primeiro encontro foi destinado às apresentações.

Foram aplicados procedimentos de pesquisa, antes do início programa, no primeiro encontro, durante seu desenvolvimento e após sua finalização, no oitavo encontro. Os procedimentos metodológicos de pesquisa adotados foram aplicação de questionários a respeito de informações sobre a família e a criança, observação participante e grupos focais, com utilização de vários instrumentos. As habilidades sociais e os estilos parentais foram avaliados por meio do Inventário de Habilidades Sociais¹⁷ e perguntas a respeito do comportamento das crianças, aplicados junto aos pais antes e depois da intervenção.

Para a observação participante, foi feito um diário de campo no primeiro encontro, onde se coletaram dados, informações e conhecimentos necessários à compreensão do contexto cultural em que os participantes estão inseridos.¹⁸

Por fim, no último encontro, após a aplicação dos passos do Treinamento de Pais,¹⁶ foi realizado grupo focal, que permite discussão mais sistematizada.¹⁹ A análise do material qualitativo foi feita utilizando a Análise de Conteúdo²⁰ da fala dos participantes com o objetivo de entender e interpretar os sentidos contidos nas suas falas, possibilitando uma maior objetividade para a interpretação.

A Programação realizada, incluindo os passos de cada encontro, assim como a aplicação de cada procedimento de pesquisa, é a seguinte:

Primeiro encontro: Apresentação da proposta de trabalho e avaliação pré-treinamento. Esse encontro foi destinado à apresentação do Treinamento de Pais aos participantes do Treinamento e para a aplicação dos questionários de informações a respeito da família e da criança; foi um momento no qual os pais falaram sobre suas dificuldades no convívio com os filhos.

Segundo encontro: O segundo encontro foi destinado à formação dos valores do grupo; reapresentação da proposta de Treinamento de Pais e criação dos combinados do grupo;

Terceiro encontro: abordagem da percepção do comportamento violento na relação entre pais e filhos, por meio do desenvolvimento do primeiro passo do

intitulado *Porque as crianças se comportam de maneira inadequada*. Começando efetivamente o Treinamento de Pais.

Quarto encontro: Usou como roteiro o segundo passo do Treinamento de Pais que tinha como título *Prestando atenção no comportamento do seu filho* e abordou a discussão sobre o limite entre a rigidez e a negociação das regras; diálogo/a forma como falar/a comunicação com os filhos; durante esse encontro puderam ser observadas algumas dificuldades dos pais para com os filhos como, por exemplo: a) dificuldade em lidar com situações de conflitos; b) dificuldade em expressar carinho; c) falta de paciência.

Quinto encontro: Usou como roteiro o terceiro passo do Treinamento de Pais, que tinha como título *Aumentando a brincadeira independente* que abordou a dificuldade de lidar e conversar com os filhos; dificuldade durante a gravidez conturbada; castigo e punição inclusive física; autoridade; reforço; esse encontro tratou das dificuldades que os pais encontravam de lidar com as dificuldades que tinham com a comunicação com os filhos, comportamentos inadequados, com as formas como puniam os filhos pelos comportamentos que julgavam inadequados, usando o bater como uma forma de expressar a raiva, usando os castigos físicos no lugar do diálogo.

Sexto encontro: Esse encontro foi voltado para uma atividade de entretenimento e maior interação entre pais e filhos proporcionando um maior entrosamento através do ato do brincar que foi denominado *Momento lúdico*, proporcionando reconhecimento, superação de dificuldades e melhora das relações interpessoais; esse encontro foi destinado ao quarto passo intitulado *Prestando atenção no comportamento de seguir instruções*. Neste encontro os pais verbalizaram sobre o medo do grupo acabar, pois nesse pouco tempo já estavam experimentando várias mudanças no comportamento dos filhos. Falaram sobre a tarefa do brincar com os filhos expressando suas vivências, e a aproximação experimentadas por eles.

Sétimo encontro: Neste encontro foi realizado o quinto passo intitulado *Ensinando a ler o ambiente* juntamente com o sexto passo intitulado *Facilitando a empatia e dando ordens eficientes* a partir do que estava sendo trabalhado com os pais falaram sobre a mudança de comportamento entre eles, verbalizando sobre o bater que passou a ser percebido como uma forma ineficaz de correção, sendo destacado pelos pais como um tema principal desse encontro a maior proximidade com seus filhos.

Oitavo encontro: Neste encontro foi realizado o sétimo passo intitulado *Melhorando o comportamento na escola* que tinha como objetivo ensinar os pais e as crianças a fazerem uma leitura do ambiente: das expressões, das emoções, diferenças,

Conflitos interpessoais, críticas, mudanças. A temática desse encontro teve como foco a recaída das mães que bateram nos filhos, os conflitos interpessoais, reconhecimento de mudanças e mudanças de hábitos.

A intervenção foi conduzida pela pesquisadora que contou com a colaboração de um auxiliar de pesquisa-acadêmico de medicina – cujo papel era observar e confeccionar o diário de campo. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG e os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e informado.

Discussão

Ao compararmos os resultados obtidos por meio do Treinamento de Pais com a literatura podemos perceber que os resultados foram alcançados uma vez que segundo Stern¹² o foco do Treinamento de Pais é propiciar o aumento da motivação dos pais com suas práticas educativas, ajudando-os a abandonar certos comportamentos negativos na criação dos filhos.

Essa mudança pôde ser comprovada por meio da observação participante, das análises de discurso e de conteúdo das falas dos pais nos encontros, onde pode ser percebido que existiam valores que eram reproduzidos nos comportamentos estereotipados dos pais em relação aos seus filhos, uma vez que as falas muitas vezes apresentavam-se persecutórias como, por exemplo, muitas vezes esses pais falavam que seus filhos não gostavam deles porque não os obedeciam, demonstravam dificuldades em lidar com as situações de conflitos através de culpas, cobranças exageradas, dificuldades de diálogo, apresentando também dificuldade em estabelecer um limite entre a rigidez e a negociação de regras. Relatavam castigos físicos violentos e dificuldades em exercer seus papéis de educadores, passando depois do Treinamento de Pais a usarem um repertório de comportamentos nos quais os pais começaram a apresentar uma maior articulação de fatores internos e externos expressados através de estratégias a satisfação de suas necessidades psicológicas e de seus filhos como, por exemplo, através da percepção de controle, de auto eficácia, autoestima, autonomia e melhora no relacionamento interpessoal.

Os pais demonstravam também dificuldades em lidar com a situação de conflitos, culpas, cobranças exageradas, dificuldades de diálogos e comunicação com os filhos, apresentando também, algumas vezes dificuldade em estabelecer um limite entre a rigidez e negociação de regras. Apresentavam ainda dificuldade em lidar com o comportamento desadaptativo dos filhos e com os próprios filhos, englobar também pensamentos e emoções, que de acordo com as teorias cognitivas podem ser percebidos como disfuncionais ou desadaptativos que são aqueles que não são promotores da adaptação ou do bem-estar do indivíduo; um bom exemplo são os comportamentos agressivos numa situação de conflito

ou na sequência de experiência de frustração. Usando castigos e punições como forma de correção; o bater expressava, muitas vezes, a perda de controle da situação; a dificuldade em manter as regras estabelecidas, o uso de comportamentos autoritários, a dificuldade em fazer elogios apareciam frequentemente em suas falas. Esse quadro aponta para a potencialidade do Treinamento de Pais que, de acordo com Velásquez¹⁴ é um instrumento utilizado para evitar a repetição de padrões educativos, visando visam oferecer recursos para que os pais lidem melhor com questões práticas de relacionamentos, procurando levar a reflexão sobre as crenças e atitudes promovendo novas iniciativas e oferecendo recursos psicopedagógicos para ajudar a descobrir novos repertórios.

Na medida em que os encontros foram acontecendo algumas mudanças puderam ser percebidas no próprio comportamento dos pais em relação à convivência com seus filhos. Tais mudanças podem ser expressas nos seguintes exemplos: os pais começaram a perceber a importância em dar mais atenção aos filhos, passando a dedicar mais tempo a eles, com isso conseguiram obter melhoras no comportamento das crianças. Foi relatado por eles maior desejo em sair mais frequentemente com os filhos dedicando mais tempo a eles. Demonstraram superação de dificuldades, maior aproximação, valorização das qualidades dos filhos, melhora na convivência, maior autoconfiança, busca de respeito mútuo; demonstraram maior facilidade em identificar conflitos interpessoais, com atitudes mais críticas, enfim, tornaram-se mais capazes de identificar e de produzir mudanças no relacionamento pais e filhos. Houve reconhecimento, por parte dos pais, de que é preciso melhorar seus comportamentos, para então serem capazes de mudar o comportamento dos filhos. Tais resultados estão de acordo com Caballo,¹³ para quem o método visa ajudar os pais a modificarem, com o seu comportamento, o comportamento dos filhos, diminuindo as condutas desviadas, sendo empregado principalmente nos casos de crianças com problemas de comportamento.

Os filhos, segundo o discurso dos pais, conseguiram aprender a fazer melhor leitura do ambiente, das expressões, das emoções e das diferenças, apresentando melhoras no comportamento e na forma de lidar com as situações adversas, com comportamentos mais assertivos diante de tais situações; de acordo com que Velásquez,¹⁴ o Treinamento de Pais, como proposta, favorece o papel do contexto familiar como mediador de saúde mental, ao minimizar as práticas educativas violentas, devolvendo habilidades e implementando mudanças conforme pode ser visto no estudo realizado.

Reflexões acerca das dificuldades e superações alcançadas

O Treinamento de Pais ajudou os participantes a terem melhor percepção das situações de conflitos com seus filhos, desenvolvendo atitudes mais assertivas que geraram nas crianças e nos adolescentes, segundo eles, melhora no comportamento

desadaptivo e nas suas convívências, o que aponta para a possibilidade de relacionamento mais harmonioso, diminuição de comportamentos violentos dentro de casa e abertura de chances para o rompimento da cadeia de transmissão transgeracional da violência. Esta transmissão ocorre, segundo Durand,⁹ quando o que é transmitido não pode ser elaborado pelos sujeitos que transmitem e pelos que recebem a herança, como é o caso dos eventos traumáticos que carregam carga excessiva de culpa e vergonha e são transmitidos junto com mecanismos de defesa e consequentes interditos, produzidos para evitar que esses eventos sejam conhecidos, sabidos ou ditos.

Após serem comparados os resultados obtidos pelos procedimentos realizados antes e depois da intervenção, pode ser constatado que houve uma melhora significativa no repertório de habilidades sociais desenvolvidos pelos pais participantes do programa em todos os quesitos que compõem o Inventário de Habilidades Sociais (IHS), uma vez que houve um aumento da frequência de repertórios acima da média e uma queda de comportamentos abaixo da média para habilidades sociais em quase todos eles. Através da aplicação do Inventário de Habilidades Sociais-IHS, verificou-se no pré-teste que os pais apresentaram repertório abaixo da média ou média inferior de habilidades sociais, demonstrando necessidades de treinamento, especialmente nos quesitos que avaliavam o ajustamento pessoal e social, ou seja, problemas no funcionamento e no desempenho das atividades relacionadas aos papéis vivenciados em seu meio familiar, social e cultural. No pós-teste comprovou-se que houve uma melhora significativa nos quesitos referidos acima, no qual os pais passaram a apresentar um bom repertório de habilidades sociais, com resultados dentro da média e/ou acima, para a maior parte dos fatores e itens ou equilíbrio entre recursos e déficits, demonstrando repertórios bastante elaborados, indicativo de recursos interpessoais satisfatórios, melhorando seus relacionamentos na família e convívio social.

A partir da análise dos resultados apresentados podemos perceber que os participantes desta pesquisa viram no Treinamento de Pais um veículo importante, eficaz e fácil de ser colocado em prática, uma vez que relataram que as tarefas sugeridas pelo treinamento eram fáceis, leves e prazerosas de serem cumpridas, capazes de facilitar o processo de melhora de relacionamento entre eles e seus filhos, destacando como importante a troca de experiências entre os pais participantes do programa. Segundo eles o instrumento melhora a comunicação e o relacionamento entre pais e filhos: relataram que viam o grupo como um momento de trabalhar as angústias relacionadas à maternidade/paternidade, uma vez que o grupo possibilitava momentos de reflexões sobre suas atitudes como pais e mães. Tais achados se harmonizam com as premissas das grupoterapias, que lançam mão de técnicas de diversas abordagens, técnicas, teorias e métodos, tendo em comum o trabalho com os vínculos e as relações interpessoais no grupo, que focalizam em uma questão central, que gira em torno do relacionamento pais e filhos, não se restringindo apenas a uma reflexão racional, mas envolvendo os sujeitos em

suas formas de pensar, sentir e agir.¹⁵

Alguns pais também demonstraram superação de limites, passando a demonstrar carinho aos filhos, fortalecimento de atitudes positivas, superação de limites dos pais em relação a maternidade/paternidade. Conseguiram reconhecer a importância de tentar aproveitar ao máximo as atividades propostas pelo treinamento de pais, melhorando sua autoconfiança e obtendo com isso mudanças de comportamentos dos filhos. Aprenderam a redefinir papéis nas relações parentais, por meio do respeito que conseguiram dos outros membros da família. Apresentaram sentimentos de realização, melhora no relacionamento e desejo de continuar melhorando, conseguiram reconhecer a importância e necessidade de dedicar mais tempo aos filhos, melhorando assim a comunicação e relacionamento entre pais e filhos. Conseguiram perceber a necessidade de colocar em prática coisas corriqueiras, brincadeiras, tirar período dos seus tempos para ficar com as crianças, atitudes que antes sabiam da existência, mas não davam tanta importância. Desenvolveram as habilidades de observar e ouvir mais os filhos, adquiriram maior habilidade para agir diante do comportamento dos filhos, reforçando os comportamentos adequados e manejando os comportamentos inadequados, estabelecendo assim uma maior cumplicidade entre eles e seus filhos. Pequenas mudanças, porém, muito significativas. Conseguiram perceber falhas na forma de ser mãe/pai. Reconheceram que as atitudes dos filhos são reflexos da sua convivência com eles; passaram a perceber que a distância emocional dos pais com os filhos pode causar problemas no comportamento futuro dos filhos; buscaram melhorar o diálogo com eles, estabelecendo maior conhecimento entre pais e filhos. Reconheceram a importância de se dar exemplos sem ser preciso para isso cobranças desnecessárias. Conseguiram reconhecer que a companhia dos pais é algo muito importante para os filhos. Por fim, relatam melhora no comportamento dos filhos e no relacionamento com eles.

Podemos então dizer que essa melhora na convivência se deu devido à evolução que houve entre a comunicação dos pais para com seus filhos, uma vez que as mensagens que os pais queriam passar foram expressas de melhor forma pelos pais e melhor compreendidas pelos filhos, com aprendizado de ambas as partes. Segundo Guimarães et al,⁵ a característica do processo de aprendizagem das crianças pode ser fator de risco importante para a violência, pois há uma tendência natural de uma criança a responder às situações vividas de acordo com seus modelos aprendidos. Ou seja, se vivenciarem um modelo de interação violenta, aprenderão a ser violentas e, internalizados, esses aprendizados serão incorporados como valores, determinando a forma de enfrentar as situações sociais. As situações de violência familiar produzem circuitos de repetição de padrões nos quais participam pelo menos três diferentes instâncias: o abusador, a pessoa abusada e o contexto reforçador. Cada uma destas instâncias possui uma lógica de pensar e agir que muitas vezes contribui para que a violência passe a ser vista como uma coisa natural, conforme ocorria nas famílias atendidas por este treinamento de pais.

Considerações finais

O treinamento de pais ajudou os participantes a terem melhor percepção das situações de conflitos entre eles e seus filhos, desenvolvendo atitudes mais assertivas que geraram melhora do seu comportamento, do comportamento dos filhos, das suas convivências e do seu relacionamento. Tais achados sugerem que o Treinamento de Pais seja método eficaz para contribuir para a diminuição da violência, uma vez que contribuiu para que os pais participantes desenvolvessem habilidades por meio da aprendizagem ativa, tornando-se mais conscientes de suas atitudes, minimizando as práticas educativas violentas no ambiente familiar, o que possibilita interferir no ciclo intergeracional da violência, ao romperem com elos hereditários de padrões violentos, por meio dos novos padrões aprendidos, a serem repassados a seus filhos, que por sua vez poderão ser transmitidos às gerações futuras.

Referências:

1. Neto, O. V., & Vieira, C.M.S, organizadores. Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma neurose de Guerra em tempos de paz. São Paulo: Vetor; 2005.
2. Melo, E. M. Podemos prevenir a violência: teorias e práticas. Brasília: OPAS/OMS; 2010.
3. Waisselisz, J. J. Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2012.
4. Souza, E. R., & Lima, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e em suas capitais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11 (2):363-73.
5. Guimaraes, A. B. P.; Brasiliano, S., & Hochgraf, P. B. Transmissão transgeracional da violência intrafamiliar em famílias de mulheres alcoolistas. [Internet]. 2010 [Cited 2013 mai 15]. Available from: <http://www.biaguimaraes.com.br/artigo-ransmissao-transgeracional-da-violencia-intrafamiliar-em-familias-de-mulheres-alcoolistas> .
6. Galinkin, A. L., Almeida, A. M. O., & Anchieta, V. C. C. Representações sociais de professores e policiais sobre juventude e violência. *Paidéia* [Internet] 2012 [Cited 2005 setem 17]; 22(53): 365-374. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201308>. Available from: www.scielo.br/paideia
7. Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. Práticas educativas parentais e repertório comportamental infantil: comparando crianças diferenciadas pelo comportamento. *Paideia* [Internet] 2011 [Cited 2013 mai 15]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n48/a08v21n48.pdf>
8. Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Durand, J. A transmissão psíquica do trauma: contribuições para o estudo sobre violência familiar. *Palavra Escuta* [Internet] 2007 [Cited 2012 novem 11] Available from: <http://www.palavraescuta.com.br/textos/a-transmissao-psiquica-do-trauma-contribuicoes-para-o-estudo-sobre-violencia-familiar> .
10. Almeida, M. E. S. Uma proposta sobre a transgeracionalidade: o absoluto. *Ágora* [Internet] 2013, 13 (10). [Cited 2012 novemb 12] Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982010000100007&lng=pt&tlng=pt
11. Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., & Paulo, S. G. Avaliação de um programa Psicoeducativo de transição para a parentalidade. [Cited 2012 novemb 12]. Available from: doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201312>

12. Stern, J. Treinamento de pais. In: White, J. R. & Freeman, A. Terapia cognitivo comportamental em grupo para populações e problemas específicos. São Paulo: Roca; 2003. P. 381-416.
13. Caballo, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 1996.
14. Velasquez, R. M. S.; Souza, S. D.; Adjuto, I.; Muñoz, L. M., & Silveira, J. C. C. (2010). O treinamento de pais e cuidadores: ensinando a educar e promovendo a saúde mental. Revista Médica de Minas Gerais. 2010; 20(2): 182-88.
15. Afonso, L. Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do Campo Social; 2002.
16. Pinheiro, M. I. S. Treinamento em habilidades sociais educativas para pais de crianças em trajetória de risco. Dissertação (Mestrado em Educação Especial). São Paulo: Universidade Federal de São Carlos; 2006. p. 168.
17. Dell Prette, Z. P., & Dell Prette; Z. A. Inventário de habilidades sociais (IHS-Del- Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2001.
18. MAGALHÃES, M. A. N.; PINTO, L. M. N. A observação participante e suas contribuições para o enfrentamento violência. In: MELO, E. M. Podemos prevenir a violência. Brasília: OPAS/OMS; 2010. 63 – 80.
19. KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. Psicologia em Revista. 2004; 10 (15):124-36.
20. BARDIN, I. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições Setenta; 1994. 226p.

A escola no sistema socioeducativo: desafios e possibilidades

Inhana Olga Costa Souza
Cordovil Neves de Souza
Adriana de Souza Medeiros
Guadalupe Rodrigues Braga
Janaína Bastos dos Santos
Paulo Alves Lins

Rodrigo Granata Silveira de Santana
Márcia Zakur Ayres
Augusto Viana da Rocha
Lauriza Maria Nunes Pinto
Elza Machado de Melo

Resumo

O acesso à educação no Brasil é um direito constitucional. Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas com restrição de liberdade gozam desse direito, que é universal. A escola em um centro socioeducativo conta com particularidades que a diferenciam dos demais estabelecimentos de ensino, como a submissão a regras disciplinares mais duras e a presença de características que, na maior parte das vezes, aniquilam a subjetividade do indivíduo internado no local. Essas peculiaridades também tornam o exercício da docência nesses espaços mais complexo. Entretanto, mais que enfrentar esses obstáculos a fim de ofertar a educação formal, é missão dos profissionais que atuam nesses estabelecimentos contribuir para que o processo de ensino-aprendizagem possa despertar nos adolescentes uma consciência crítica que ofereça subsídios para transformar sua realidade e os faça refletir acerca de seu papel na sociedade.

Palavras-chave: centro socioeducativo, adolescente em privação de liberdade, instituição total, adolescente institucionalizado, educação.

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. (Art. 227 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988)

De acordo com dados do Conselho Nacional do Ministério Público, em 2019, 18.086 adolescentes cumpriam medidas socioeducativas em regime de internação, por tempo indeterminado, e outros 2.011 aguardavam uma vaga, uma vez que o número de internos já ultrapassava o número de vagas das 330 unidades de internação destinadas para essa finalidade.¹

Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no ano de 1990, crianças e adolescentes brasileiros passaram a ser considerados sujeitos de direito. O ECA substituiu o Código de Menores de 1979 que, em uma prática higienista e estigmatizante, institucionalizava crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. A pobreza, o abandono, a indisciplina, os conflitos familiares de ordem moral e outras situações que não se enquadravam nos parâmetros normativos eram pretextos para que o Estado internasse, até a idade adulta, esses chamados “menores”. Eram institucionalizados junto a outros que cometeram atos infracionais de diversas naturezas e que ficavam aprisionados nesses estabelecimentos sem direito a defesa.² Um dos marcos do ECA foi distinguir, das medidas de proteção voltadas para as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, as medidas socioeducativas impostas aos adolescentes autores de atos infracionais. Essas últimas podem ser executadas em meio aberto (advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade e liberdade assistida) ou com privação de liberdade - inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional. O período das internações dos adolescentes não é determinado ao adentrar a instituição, as medidas são reavaliadas ao longo da permanência, que não pode ultrapassar o período de três anos.³ Tais medidas têm finalidade pedagógica: para além de uma mera responsabilização, seu objetivo é “possibilitar a inclusão social de modo mais célere possível e, principalmente, o seu pleno desenvolvimento como pessoa”.⁴

O adolescente deve ser alvo de um conjunto de ações socioeducativas que contribua na sua formação, de modo que venha a ser um cidadão autônomo e solidário, capaz de se relacionar melhor consigo mesmo, com os outros e com tudo que integra a sua circunstância e sem reincidir na prática de atos infracionais. (SINASE(2006)⁴

Assim como toda criança e adolescente residente em território brasileiro, esses jovens têm direito de acesso ao ensino formal, garantido pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Para atender a essa exigência, sem

comprometer o controle dos corpos encarcerados, as escolas desses estabelecimentos funcionam internamente e são submetidas a um sistema de disciplina ainda mais rígido do que o de uma escola externa que, segundo Foucault⁵, já conta com dispositivos disciplinares que visam moldar os indivíduos a fim de deixá-los produtivos e obedientes.

Embora a educação esteja entre os eixos estratégicos dos parâmetros da Gestão Pedagógica no Atendimento Socioeducativo, a universalidade do ensino formal nos centros de internação está distante de ser uma realidade. Dados do último levantamento anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) revelaram que escolas sem capacidade estrutural de atender à demanda e falta de documentação para efetuar a matrícula dos adolescentes são alguns dos impedimentos para o cumprimento desse eixo.⁶

Para além das demandas burocráticas, despertar o interesse desse adolescente para o ensino formal é um desafio para os profissionais da educação, uma vez que a relação com a escola, na maior parte das vezes já era conflituosa antes mesmo da aplicação da medida socioeducativa. Um estudo, coordenado pelo “Instituto Sou da Paz”, com 324 adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas em 20 estabelecimentos da Fundação CASA, no estado de São Paulo, revelou que 68% dos entrevistados não estavam frequentando a escola antes da internação e 70% da amostra apresentava distorção idade-série. Quando se trata de internos reincidentes os números são maiores do que a média, além disso, 30% dos reincidentes revelaram que após a última internação não voltaram à escola.⁷ Vale aqui destacar que “o baixo desempenho escolar e a evasão escolar são variáveis com elevada capacidade preditiva da reincidência juvenil”.⁸

No período em que foram coletadas as informações apresentadas no documento “Panorama da execução dos programas socioeducativos de internação e semiliberdade nos estados brasileiros”, publicado em 2019 pelo Conselho Nacional do Ministério Público¹, apurou-se que, em diversos estados, a quantidade de internos ultrapassava o número de vagas disponíveis para o acolhimento dos adolescentes, como no Rio de Janeiro, em que a superlotação era de 60,07% acima da capacidade, no Rio Grande do Sul de 62,09%, em Sergipe 70,3%, no Acre 92,99% e em Pernambuco 109,23%. A superlotação compromete a qualidade da execução da política socioeducativa.

Considerando que as instituições, em certa medida reproduzem a violência imposta, cotidianamente, a esses adolescentes, eles se tornam indivíduos estigmatizados, inabilitados, segundo Goffman, para a aceitação social plena⁹. Nesse aspecto, Arroyo¹⁰ questiona: “*como uma criança-adolescente ou um coletivo de crianças, adolescentes ou jovens elabora o fato de ser catalogado como violentos, infratores, bárbaros em seus processos de conformação de identidades?*”. Essa situação torna, ainda, mais complexo o processo ensino-aprendizagem, que se dá na interação entre os educadores e educandos

e exige uma reflexão pedagógica cautelosa acerca do tema para que a escola cumpra, de fato, seu papel de modo que as medidas socioeducativas não se restrinjam a uma função punitiva, mas que sejam exitosas em sua proposta pedagógica de desenvolvimento pessoal e inclusão social desses adolescentes.

Os centros socioeducativos

Os centros socioeducativos se enquadram nos espaços que Goffman¹¹ denomina de “Instituições Totais”, lugares em que o indivíduo vive encarcerado na companhia de um grande grupo de pessoas com situação semelhante à sua e sem autonomia para decidir suas ações cotidianas, uma vez que sua vida passa a ser controlada pela chamada equipe dirigente. Prisões, hospitais psiquiátricos, colônias de hanseníase, asilos, colégios internos, mosteiros e o exército são alguns exemplos dessas instituições. Ao adentrar esses lugares já se inicia o processo que o autor denomina de mortificação do eu do internado, uma vez que, geralmente não são consideradas sua cultura, suas crenças ou desejos, pois toda a sua rotina é planejada para que os objetivos oficiais da instituição sejam alcançados, aniquilando assim a subjetividade do interno.¹¹

Ao longo da história, conforme explica Foucault⁵, houve uma mudança nos modelos sociais de controle dos indivíduos. Aqueles considerados desviantes eram excluídos da sociedade mais ampla e segregados em um espaço estrangeiro junto a outros desviantes sob o único objetivo de “purificar” o ambiente dos corpos indesejáveis. Esse modelo foi substituído por um novo que apresenta uma proposta disciplinar, com o objetivo de controlar e usufruir melhor dos corpos dos indivíduos, criando assim um processo de normalização dos considerados anormais (ou desviantes), que podem ser os infratores, os doentes, os mendigos ou outros indesejáveis. As intervenções disciplinares têm, segundo o autor, o poder de correção dos desviantes, tornando-os “corpos-dóceis”. Esse modelo não se aplica apenas a algumas instituições, mas almeja construir uma sociedade disciplinar onde todos os indivíduos têm seu corpo e seu tempo absolutamente controlado e enquadrado a fim de maximizar os rendimentos propostos. É usado, por exemplo, nas escolas, no exército, nos hospitais, além dos presídios.⁵

Os centros socioeducativos são ambientes, muitas vezes, contraditórios, pois pela natureza de sua finalidade deveriam ser o espaço pedagógico, que contribuiria para o despertar de uma nova consciência no adolescente a fim de prepará-lo para uma plena reinserção social, familiar e comunitária. Analisando essa missão pela ótica de Foucault^{5,12} seria o espaço em que aconteceria um processo de normalização, uma vez que, segundo o autor, a norma tem como princípio a qualificação e a correção e não a exclusão ou rejeição. Dessa forma, os adolescentes, de fato, reestabelecidos representariam o triunfo do poder disciplinar exercido sob seus corpos, pois seriam devolvidos para a sociedade como “corpos produtivos”. Entretanto, na prática, esses estabelecimentos são, também,

o espaço da violência. Como em toda instituição total, o indivíduo perde a autonomia, sua liberdade de ação e capacidade de decisão, além de passar por uma série de humilhações organizadas para rebaixá-lo, despertando o sentimento de inferioridade que o acompanha durante todo o período da internação, e, não raramente, depois dela também¹¹. Diante do exposto é incoerente falar em liberdade, garantia de direitos, reconstrução da vida, importância do sujeito em um espaço que, por sua natureza, aniquila a subjetividade do indivíduo, pois “métodos da opressão não podem, contraditoriamente, servir à libertação do oprimido”¹³.

O papel da escola na formação do adolescente que cumpre uma medida socioeducativa vai muito além da educação formal. Assim como o próprio sistema no qual ela está inserida, a escola pode colaborar com o educando no despertar de uma consciência crítica e de sede de sua libertação enquanto sujeito, além de contribuir com o seu processo de reintegração, ou, contraditoriamente pode fomentar o contexto de opressão e repressão do indivíduo. A forma com que a escola se organiza, suas propostas político-pedagógicas, a qualidade de seus profissionais e vários outros fatores impactam nos resultados de envolvimento dos educandos.

É relevante que os profissionais da educação sejam preparados para o desafio deste trabalho e busquem, também, compreender os efeitos que o encarceramento exerce sobre o indivíduo a fim de melhor desempenharem seu ofício nessas instituições.

A escola inserida no sistema socioeducativo

As instituições totais contam, geralmente, com a presença de profissionais especializados que não pertencem à equipe dirigente, contratados para prestarem serviços internos a fim de contribuir para que estas cumpram seus objetivos institucionais sem que o internado precise se ausentar do estabelecimento¹¹. É este o contexto em que as escolas que funcionam nos centros socioeducativos estão inseridas, dado que o adolescente que cumpre medida socioeducativa, goza, como qualquer outro, do direito ao acesso à educação formal.

O estudante

Como já explicitado, muitos dos alunos já se encontravam em uma relação negativa com a escola e a imposição da frequência às aulas representa para aquele sujeito mais uma obrigação do que usufruto de um direito. Grande parte deles já estava em situação irregular antes do cumprimento da medida socioeducativa, com trajetórias escolares marcadas por desinteresse e dificuldades de aprendizagem, indisciplina, reprovações ou evasão.

Tais comportamentos podem ser, entre outras coisas, a expressão de “*resistência a*

um sistema que apresenta dificuldades em reconhecer a linguagem, a música, o vestuário e as práticas sociais desses jovens como legítimos".¹⁴ Neste contexto, relação conflituosa com a escola poderia, ser resultante da concepção de educação denominada por Freire¹³ como "bancária", muito presente nos estabelecimentos de ensino, onde o professor, considerado o único detentor oficial do saber, transfere conteúdos aos educandos, sem permitir que esses participem do processo de ensino-aprendizagem como sujeitos., O desinteresse do educando pelo ambiente escolar torna-se patente, pois a simples transferência de conhecimento do professor não apresenta a ele possibilidade de construção e transformação do contexto sociocultural e histórico em que ele está inserido. A estabilidade situacional ofertada nesta situação, com uma visão de preparação para o futuro, não é, para ele, enquanto oprimido, motivadora. Esse modelo não é novo, mas vem sendo perpetuado ao longo do tempo. Foucault⁵ explica que o molde de organização de sala de aula e a posição de superioridade e poder disciplinar do professor já era realidade no século XVIII quando a aplicação de táticas disciplinares transformou esses estabelecimentos usando de estratégias como a organização de classes por idade e desempenho, atendimento coletivo substituindo o individual, organização de fileiras que possibilitava ao professor a visão ampla e o controle de toda turma. Tais características transformaram o espaço escolar em *"uma máquina de ensinar, mas também de vigiar, de hierarquizar, de recompensar"*¹⁵. Para entender a perpetuação desse modelo é preciso voltar ao contexto histórico em que ele foi apresentado, uma vez que as práticas pedagógicas estão sempre à serviço de um projeto político¹⁵. No Brasil, movida pelo sistema capitalista, a prática da educação bancária tem buscado atender as demandas do mercado, concentrando a transmissão de conteúdos, habilidades e competências para tornar a juventude empregável e não questionadora dos grandes embates da sociedade, como *"os perversos processos de sua destruição por meio das diversas formas de violência"*¹⁰.

Oliveira,¹⁵ em pesquisa que analisou as experiências, em educação de adolescente em cumprimento de medida de internação numa unidade de Belo Horizonte, concluiu que os adolescentes entrevistados atribuem um "não sentido" à escolarização que recebem em privação de liberdade, deslegitimando os processos educativos vivenciados no contexto da institucionalização, e considerado-a como uma "escola de mentira".

Inseridos em um contexto marcado pela opressão, pela violência, pela falta de oportunidade, a escola, para os adolescentes que cumprem medida socioeducativa, já não era atrativa, fato expresso pelo elevado número de evasão e distorção idade-série dos internos ao adentrarem nos centros socioeducativos.¹² Entretanto, cabe aqui ressaltar que, embora fora do aprendizado no ambiente formal da escola, seria inadmissível afirmar que esses adolescentes não estão em um processo educacional, uma vez que, a educação vai muito além dos muros escolares, engloba o processo cotidiano de aprender e ensinar em toda e qualquer cultura, ou seja, a educação, em diferentes modelos, está em todos os espaços que permeiam o cotidiano dos sujeitos, de modo que é impossível esquivar-se

dela¹⁶. Esse processo educacional individual, de cada sujeito, não pode ser ignorado ao se pretender inserir esses estudantes em um sistema de aprendizagem.

O profissional da educação

Vale destacar que não são poucos os desafios para o trabalhador da educação em uma escola inserida dentro de um centro socioeducativo. O sistema disciplinar rígido, as necessidades de adaptação de material, uma vez que são limitados os instrumentos permitidos, a falta de apoio institucional e formação específica são alguns deles¹⁷. As restrições institucionais podem comprometer o trabalho do profissional, deixando-o frustrado. Além disso, raramente a chegada do educador a um sistema socioeducativo acontece por uma escolha, mas ocorre, quase sempre, por uma necessidade. Esse fato, muitas vezes, compromete a atuação e intensifica a rotatividade desses profissionais nos estabelecimentos.

O desenvolvimento de um trabalho voltado para o despertar da consciência crítica, com o conhecimento de direitos, em um espaço que tem uma natureza punitiva, pode gerar um clima de constante tensão com a equipe dirigente. Goffman explica que o fato de qualquer pessoa da equipe dirigente, independente da categoria, ter autoridade sob todos os internados transmite ao indivíduo a sensação de onipresença das autoridades e como nesses estabelecimentos toda e qualquer ação do indivíduo é regulamentada, vigiada, julgada e sancionada o internado permanece em constante estado de apreensão¹¹. Nessa mesma linha Foucault⁵ ressalta que é fundamental a ininterrupta sensação da vigilância para o funcionamento automático da disciplina, para isso, o olhar físico dos dirigentes é complementado por outros mecanismos. A estrutura de celas vazadas e não cômodos cercados por paredes nos presídios e também nos centros socioeducativos são estratégicas, bem como a instalação de câmeras de segurança, pois projetam no indivíduo a sensação da constante observação, ainda que na prática nem sempre ela esteja, de fato acontecendo, ou seja que atenda ao objetivo de *“fazer com que a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em sua ação”*¹⁵. As aulas nas escolas dos centros socioeducativos são ministradas sempre na presença de membros da equipe dirigente da instituição, no caso, dos agentes socioeducativos. O medo da represália pode comprometer a participação do educando e essa tensão pode alcançar também o educador. Muitos educadores tendem a optar pela neutralidade, limitando-se a apenas atender aos objetivos burocráticos para os quais foram contratados. A aparente neutralidade, entretanto, pode significar omissão. Freire¹⁸ ressalta que se isentar de responsabilidade diante das relações entre aqueles que detêm o poder e os desprovidos dele não indica ser neutro, mas sim, reforçar a classe dominante. Nessa mesma perspectiva, Arendt¹⁹ explica que o mal pode ser realizado por pessoas de bem, burocratas cumpridores da lei que naturalizam ou se recusam a enfrentar as situações que deveriam ser questionadas, é o que a autora define como *“banalização do mal”*.

Freire²⁰ destaca que educadores e educadoras, onde quer que estejam, têm o profético e dialético papel de denunciar as opressões e anunciar esperança, são profetas que “*se molham de tal forma nas águas da sua cultura e da sua história, da cultura e da história de seu povo, dos dominados do seu povo, que conhecem o seu aqui e o seu agora e, por isso, podem prever o amanhã que eles mais do que adivinham, realizam*”²⁰. Em um espaço destinado aos oprimidos, como um centro socioeducativo, essa responsabilidade é intensificada. Uma escola comprometida e com subsídios que a amparem pode contribuir com a construção da conscientização dos educandos, o que tende a afastá-los da possibilidade de reincidirem em atos infracionais que ferem os direitos próprios e os de outros.

Considerações finais

Não são poucos os desafios colocados para a educação em um país onde a desigualdade social é tão grande. A caminhada para a garantia do direito constitucional de educação de qualidade para as crianças e adolescentes de todo país, incluindo aí para os que cumprem medidas socioeducativas, é longa, quase utópica. Novamente é Freire¹⁹ que questiona: o que seria dos educadores se deixassem de sonhar “sonhos possíveis”, uma vez que é o sonho viável que exige reflexão contínua a respeito de suas práticas e sobre os limites dela, pois o utópico não é o irrealizável ou o idealismo, mas sim a dialetização do “*ato de denunciar a estrutura desumanizante e de anunciar a estrutura humanizante*”.²⁰

Referências

1. BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Panorama da execução dos programas socioeducativos de internação e semiliberdade nos estados brasileiros**/ Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: CNMP, 2019a. Disponível em <https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2019/programas-socioeducativos_nos-estados-brasileiros.pdf> Acesso 20 ago 2020
2. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil** / Secretaria-Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude. – Brasília : Presidência da República, 2015. Disponível em <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapa_do_Encarceramento_-_Os_jovens_do_brasil.pdf> Acesso em 25 ago 2020.
3. BRASIL. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências*. Disponível em <<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8069&ano=1990&ato=461cXRq1keFpWT13a>> Acesso 20 ago 2020
4. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo -SINASE**/ Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF: CONANDA, 2006. Disponível em <<http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/sinase.pdf>> Acesso 22 ago 2020.
5. FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução Raquel Ramalhete. 41. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2013
6. BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). **Levantamento Anual SINASE 2017**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2019b. Disponível em

<<https://prioridadeabsoluta.org.br/wp-content/uploads/2016/05/levantamentoanualdosinase2017.pdf>>

7. INSTITUTO SOU DA PAZ. **Aí eu voltei para o corre. Estudo da reincidência infracional do adolescente no estado de São Paulo**. São Paulo (SP), 2017.
8. SAPORI, Luis Flávio; CAETANO, André Junqueira; SANTOS, Roberta Fernandes. **A reincidência Juvenil no estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte. PUC Minas; TJMG, 2018.
9. GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. [Tradução: Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes]. 4ª edição. Rio de Janeiro: LTC, 2017.
10. ARROYO, Miguel Gonzales. Quando a violência infanto-juvenil indaga a pedagogia. **Educ. Soc., Campinas**, v.28, n.100, p.787-807, Out. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173302007000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30aug.2020
11. GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 9ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2015.
12. FOUCAULT, Michel. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**; tradução Eduardo Brandão . (Coleção tópicos) – São Paulo: Martins Fontes, 2001
13. FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
14. DIAS, Aline Fávoro; ONOFRE, Elenice Maria Cammarosano. A Relação do Jovem em Conflito com a Lei e a Escola. **Impulso**, Piracicaba. 20(49), 31-42, jan.-jun. 2010. Disponível em <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/impulso/article/view/870/471>>Acesso 19ago2020.
15. OLIVEIRA, Laila Vieira de. Escola de mentira ou escola de verdade? Sobre a garantia do direito à educação de adolescentes em cumprimento de medida de internação provisória em Belo Horizonte. 2018.159 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2018
16. BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Em campo aberto: escritos sobre a educação e a cultura popular**. São Paulo: Cortez, 1995.
17. PENNA, Marieta Gouvêa de Oliveira; CARVALHO, Alexandre Filordi de; NOVAES, Luiz Carlos. A formação do pedagogo e a educação nas prisões: reflexões acerca de uma experiência. **Cad. CEDES**, Campinas , v. 36, n. 98, p. 122-109, Apr. 2016.
18. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
19. ARENDT, Hannah. **Eichmman em Jerusalém**. Tradução José Rubens Siqueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
20. FREIRE, Paulo. Educação. O sonho possível. In: BRANDÃO, Carlos R. (org.). **O educador: vida e morte**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983
21. FREIRE, P. **Conscientização**. Tradução de Tiago José Risi Leme. [Recurso eletrônico] São Paulo: Cortez. 2018.

Itinerário diagnóstico e terapêutico dos pacientes com doenças raras

Renata de Macedo Moura
Tarcísio Marcio M. Pinheiro
Elza Machado de Melo
Eugênia Ribeiro Valadares

Resumo

É descrita a trajetória de crianças com doenças raras, especialmente erros inatos do metabolismo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o relato de 10 mães. Entrevistas abertas foram gravadas, transcritas e os dados obtidos foram analisados qualitativamente. As entrevistadas discorreram livremente sobre sua experiência com uma doença rara. Elas relataram os maiores desafios encontrados na busca por diagnóstico e tratamento, incluindo a realização de exames de laboratório específicos, encaminhamento a serviços de atendimento especializado e dificuldade na obtenção de medicamentos e fórmulas nutricionais. Identificou-se assim o não cumprimento dos princípios de acessibilidade e resolutividade propostos pelo SUS.

Palavras-chave: *doenças raras, erros inatos do metabolismo, políticas de saúde*

Introdução

Doenças raras (DR) são moléstias que afetam até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos, conceito utilizado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde¹. Em geral são doenças crônico-degenerativas, debilitantes e que colocam a vida em risco. Representam um grupo importante de doenças consideradas órfãs pelo pequeno número de pacientes. São raras isoladamente, mas coletivamente numerosas, sendo a maior parte de origem genética. A maioria se manifesta na faixa etária pediátrica, são causa relevante de morbimortalidade e possuem grande diversidade de sintomas. Para a doença tratável, o objetivo principal da intervenção é o reconhecimento precoce seguido pelo tratamento, que pode impedir danos neurológicos progressivos, morbidade e mortalidade².

A vida das pessoas com DR é marcada pela violência estrutural, que se refere às estruturas organizadas e institucionalizadas dos sistemas econômicos, culturais e políticos, incluindo as desigualdades sociais e discriminações que levam à opressão dos indivíduos, aos quais são negadas conquistas sociais, tornando-os mais vulneráveis ao sofrimento e morte³.

Os indivíduos são vistos como fardos e não como parte da sociedade, o que causa isolamento social. Nesse sentido, viver uma vida inteiramente privada, como vivem os excluídos, significa estar desprovido de coisas essenciais à vida verdadeiramente humana. Por estarem isolados, estão privados da capacidade de agir, uma vez que ação e discurso necessitam da presença de outros para serem efetivados⁴.

Nas circunstâncias modernas, essa privação de relações “objetivas” com os outros e de uma realidade garantida por intermédio desses últimos tornou-se fenômeno de massa do desamparo, no qual assumiu sua forma mais extrema e mais anti-humana⁴.

O Estado como responsável pela institucionalização de políticas sociais tem como objetivo promover igualdade e equidade, entretanto, tem privilegiado o mercado em detrimento das necessidades e direitos da sociedade civil. Portanto, o *locus* da violência estrutural está em uma sociedade onde a democracia é aparente e não garante o pleno acesso aos direitos, o que afeta principalmente cidadãos com reduzida capacidade de defesa⁵.

Geralmente esta forma de violência é considerada natural, não costuma ser contestada. O senso comum nem compreende como manifestação de violência, mas incompetência de governantes, ou como forma de gerenciar conflitos sociais⁵.

A prática da violência como toda ação, transforma o mundo, mas a transformação mais provável é em um mundo mais violento⁶.

O presente estudo surgiu da inquietação dos pesquisadores a respeito da situação

dos portadores de DR e suas famílias no SUS, especialmente aqueles com doenças genéticas classificadas como erros inatos do metabolismo (EIM), no momento em que há perspectivas reais de mudança no atendimento a partir da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, decretado em janeiro de 2014¹. Nosso objetivo foi ouvir, refletir e discutir as experiências e estratégias utilizadas no dia a dia pelas famílias e portadores de DR para melhor compreensão das necessidades deste grupo no momento atual, revelando-as ao sistema político de modo a alcançar de fato direitos básicos de saúde e cidadania.

Método

A pesquisa foi realizada com mães de pacientes com DR atendidos no Ambulatório de EIM do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e no Hospital Infantil João Paulo II, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, hospitais públicos, que atendem grande número de pacientes com doenças genéticas, no segundo semestre de 2012.

Foi realizado estudo descritivo, transversal e qualitativo. A pesquisa qualitativa permite revelar processos sociais referentes a grupos particulares, além de propiciar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias para compreender a lógica interna do grupo em estudo⁷.

O procedimento metodológico utilizado foi entrevista aberta, na modalidade História de Vida, que permite ao sujeito liberdade para dissertar sobre sua experiência⁸. A metodologia é útil para pesquisas que lidam com excluídos, pois permite “falar com eles”, não “sobre eles”. Os relatos possibilitam conhecer e entender trajetórias, aspirações e desejos, como se dão as relações em convívio social sob o ponto de vista do sujeito⁹. A estrutura das entrevistas abertas e a condução do estudo é dada pelo pesquisado, que tem liberdade para falar sobre o que considera relevante¹⁰.

As entrevistas foram realizadas nos ambulatórios, no tempo em que as famílias aguardavam atendimento, em salas exclusivas, garantindo privacidade. Foram entrevistadas mães que se encontravam no serviço no dia das entrevistas. Solicitou-se às entrevistadas que falassem livremente sobre sua vida, no que fosse relacionado à história do portador da DR. Assim que os depoimentos começaram a se repetir, as entrevistas foram interrompidas. As informações colhidas por meio de narrativas episódicas foram gravadas, transcritas e analisadas. Na apresentação das falas transcritas, foram respeitadas a sintaxe utilizada pelos entrevistados.

A análise dos dados foi iniciada pela transcrição das entrevistas, posteriormente realizada análise de conteúdo proposta por Bardin, procedeu-se à leitura flutuante do material transcrito, em seguida foram definidas categorias de análise, seguida pela análise

e interpretação dos resultados¹¹. Para análise dos dados também foi usado o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo⁷.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – CAAE nº 0741.0.203.287-11 e pelo Comitê de ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais por meio do parecer nº 012/2012. Obteve-se o consentimento de todos os sujeitos incluídos no estudo.

Resultados e discussão

Este estudo envolveu famílias de crianças portadoras de acidúria metilmalônica, doença da urina do xarope de Bordo, doença de Chanarin-Dorfman, mucopolissacaridoses e síndromes genéticas sem diagnóstico. Os relatos dessas famílias podem ser extrapolados para as demais DR.

As múltiplas histórias individuais formam uma teia de relações que se somando a outras compõem uma história concreta, capaz de, ao ser contada e recontada, recuperar a identidade de seus atores, que também vão construir e reconstruir a história. Segundo Arendt (1989) o respeito à dignidade humana implica o reconhecimento de todos os homens como construtores do mundo ou coautores de um mundo comum¹². Por este motivo, o SUS é também resultado das representações que se formam a partir das ações dos atores sociais. Recuperando suas histórias e identidades, podemos contribuir para a compreensão do nosso sistema de saúde¹³.

A história das famílias que participaram deste estudo é marcada por intenso sofrimento decorrente das barreiras encontradas para conseguir acesso aos serviços e recursos especializados, unido a uma realidade de preconceito e exclusão. As entrevistas foram suspensas no décimo depoimento, momento em que começaram a repetir conteúdo e atingiram o ponto de saturação.

O impacto dessas doenças é acentuado pelo diagnóstico difícil e muitas vezes tardio, decorrente da falta de informação dos profissionais, ineficiências no encaminhamento para serviços especializados e por ainda não existirem centros de referência estruturados para DR. Os centros de referência podem melhorar o acesso ao reunir experiência clínica e infraestrutura em locais determinados, impactando também nos custos dos tratamentos e inclusive nas chances de diagnóstico precoce, além da possibilidade de realização de pesquisas que tornem possível o conhecimento da nossa realidade no que se refere às DR¹⁴.

Difícil busca por diagnóstico

A primeira dificuldade, segundo o relato das famílias que participaram do estudo está no acesso aos serviços, além disso, em vários relatos percebe-se confusão e falta de

conhecimento do profissional de saúde, que levaram ao lapso no atendimento:

Voltei com ele pro hospital, cheguei no hospital e ele tava cansado, aí o médico falou que respiração de neném é mais acelerada do que... do que a nossa. Eu voltei pra casa com ele... tornei a levar ele de novo [...]. Aí no domingo eu tornei a voltar com ele.

A dificuldade na suspeita de DR, que geralmente necessitam pronto diagnóstico e tratamento, podem acarretar falhas que colocam a vida em risco. Pais que já haviam perdido filhos com DR devido à falta de diagnóstico conclusivo, enfrentaram a mesma situação após o nascimento de uma nova criança. Mediante a falta de diagnóstico, as famílias ficaram impedidas mais uma vez, de obter suporte adequado e aconselhamento genético para informação do risco de recorrência da doença. A maioria dos EIM têm risco de recorrência de 25% por serem doenças autossômicas recessivas.

[...] entrou com antibiótico, falou que ele tava com pneumonia [...] com 5 dias ele faleceu. [...] engravidei de novo. O mesmo processo, o menino... esse já foi 3 dias que ele faleceu.

Em alguns casos as mães identificaram sinais de que o filho não se desenvolvia normalmente e alertaram os profissionais, mas inicialmente nada foi feito:

Só percebia que ele tinha algumas alterações igual peito, peito de pombo. [...] a barriguinha grande, muita dificuldade, nariz entupido, muita infecção de ouvido e aí eu falava com a médica, ela falava que era normal, [...] ele passou mal um dia, eu levei no hospital e o médico achou que ele tinha algum problema, uma doença diferente. Aí encaminhou a gente pro Hospital das Clínicas, nisso ele tinha 2 anos [...]

As consultas especializadas, muitas vezes exigem longa peregrinação em busca de atendimento:

Vai aqui, vai ali, vai aqui, vai ali, aí espera muito pra ir aqui, espera muito pra ir ali. E eu posso te dizer assim, que ela ta perdendo um tempo precioso, que é o tempo de ela ganhar o máximo desenvolvimento e ela não tem.

As barreiras não são impostas apenas por um sistema de saúde estruturalmente limitado frente à questão, os obstáculos também são colocados pelos próprios profissionais que algumas vezes, diante de uma doença pouco conhecida, relutam em procurar ou aceitar ajuda:

...e os médicos não queriam porque eles não sabiam [...], foi difícil até para o médico dos Estados Unidos conseguir falar com eles, porque eles não gostam desse tipo de interferência ...

Essa falta de atenção da equipe de saúde é consequência da rejeição a problemas

que se considera incapaz de enfrentar. Esta relutância pode ser atribuída à falta de conhecimento e treinamento adequados e falta de sensibilidade¹⁵.

A forma como os diagnósticos foram expressos também reflete o despreparo dos profissionais para lidar com dimensões sociais e subjetivas:

A forma como a gente recebeu o diagnóstico foi muito chocante [...] a médica pegou um livro, me mostrou um monte de menininho torto com problema e falou “ó seu filho tem essa doença, ele é igual esse menino”. Aí falou que ele ia ficar cego, surdo, mudo, ia parar de andar e ia morrer com 7 anos. Aí foi um choque [...] hoje ele tem 16.

Em muitas situações, os pacientes apresentam quadros complexos e precisam de vários especialistas:

Ela chegou aqui com 19 dias com a dermatologista, com 19 dias até agora com 5 anos [...] aí encaminhou pro oftalmo, otorrino, todas as especialidades, foi por aqui, aí um vai passando pro outro a medida que vai precisando aí vai passando pro outro médico e tá até hoje...

No enfrentamento do diagnóstico de uma doença pouco comum, ou mesmo na falta do diagnóstico, a busca por ajuda ocorreu de várias formas. Em poucos relatos as pessoas encontraram apoio e amparo por meio do sistema ou dos profissionais de saúde. Diante das dificuldades foi comum a procura por ajuda na internet, que ofereceu esperança em um momento de desamparo:

...aí eu fui pra internet, fui procurar quem soubesse da doença, se tinha algum médico no Brasil ou fora que pudesse ajudar, que tinha o leite

[...] A gente conseguiu contato com uma mãe [...], ela nos orientou também, sabia muito da doença [...] e ela ajudou muito a gente nisso...

[...] ela pôs a gente em contato com a Dr^a Z, então assim foi que começou a abrir caminho, mas até a gente conseguir um rumo, ela tava só piorando.

O diagnóstico é o ponto chave para as DR. Ações de saúde voltadas ao diagnóstico precoce, estimativa do risco de recorrência, identificação de grupos de risco e aconselhamento genético podem abreviar o período gasto na formulação do diagnóstico, antecipar tratamentos, impedir ou minimizar sequelas e salvar vidas¹⁶.

Alguns relatos evidenciam a importância do histórico familiar no benefício e sucesso do diagnóstico e tratamento de crianças nascidas com a mesma doença na família:

Fez o meu pré-natal, nisso ele já ligou aqui pra Dra X [...] que explicou o que podia fazer pro menino não entrar num quadro tão grave como o Y entrou.

Vencida a dificuldade em obter ao menos uma suspeita diagnóstica, são necessários exames específicos que muitas vezes precisam ser enviados para algum laboratório especializado até mesmo fora o Brasil, o que dificulta o acesso e atrasa a confirmação do diagnóstico ou início do tratamento:

Aí ele fez os exames e ficou uns 2 anos lá só pesquisando.
Fazia exame, voltava daí uns 2 meses, fazia mais exames [...]

Dificuldade na obtenção do tratamento

Outro entrave está na obtenção do tratamento. Nenhuma das doenças presentes nas famílias entrevistadas foi contemplada por protocolo do Ministério da Saúde, o que dificultou o acesso aos medicamentos e tratamentos com dietas especiais. Esse obstáculo geralmente leva à judicialização, que não garante fornecimento e/ou a continuidade do tratamento pelo Estado. Existem apenas 26 protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas no SUS, que contemplam apenas dezoito DR¹⁷. Novos protocolos entrarão em fase de elaboração com maior abrangência¹⁸.

Nos casos de tratamento dietético de EIM, exceto para a fenilcetonúria que é diagnosticada obrigatoriamente na triagem neonatal pública, o acesso às dietas é restrito e com necessidade de ações judiciais. Nesses casos, as famílias são colocadas em situações degradantes e indignas:

Eu não tinha a fórmula [...] eu fui dando ele água com óleo [...].
Ele foi tomando isso e mesmo assim ele ganhou peso, pouco, mas ganhou.

[...] no início, antes dela, dela ganhar na justiça [...], chegou a tomar leite passado porque não tinha leite.

Nessas situações, a obrigatoriedade das decisões judiciais envolve situações-limite onde a recusa pode significar morte ou deterioração da qualidade de vida¹⁶.

Falta de cumprimento dos princípios de acessibilidade e resolutividade propostos pelo SUS

Há que se lembrar, um governo da maioria, sem restrições legais - ou seja, uma democracia sem constituição - poderia agigantar-se na supressão dos direitos das minorias¹², mas no Brasil, a Constituição existe como forma de garantia desses direitos. Ela determina a saúde como direito de todos e dever do Estado ao mesmo tempo em que a Lei Orgânica da Saúde traz como princípios do SUS a universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde, contrários à restrição do acesso aos tratamentos^{16,19}. Pode-se afirmar que existe uma inconsistência estrutural em relação às políticas públicas para as DR.

No momento em que o poder público se omite perante grupos ou minorias, também nega a legitimidade e possibilidade de se existir na diferença. Essa negação pode ser

traduzida na recusa de acesso ao sistema de saúde que deveria ser equânime e não é, exatamente porque desconhece a diferença que existe na igualdade das pessoas enquanto seres humanos⁴.

Segundo Arendt, ao desconsiderar as diferenças, o Estado desconsidera as minorias e as necessidades que lhes são particulares: na nossa sociedade massificada, os vários grupos sociais foram absorvidos por uma sociedade única e o domínio desse social uniformizado passou a controlar igualmente e com igual força todos os membros dessa comunidade⁴.

Mas a sociedade iguala em quaisquer circunstâncias, e a vitória da igualdade no mundo moderno é apenas o reconhecimento político e jurídico do fato de que a sociedade conquistou o domínio público, e que a distinção e a diferença tornaram-se assuntos privados do indivíduo. [...] Essa igualdade moderna [...] difere, em todos os seus aspectos, da igualdade dos tempos antigos [...] o domínio público era reservado à individualidade; era o único lugar em que os homens podiam mostrar quem realmente eram e o quanto eram insubstituíveis⁴.

As diferenças se transformam em “assuntos privados do indivíduo”⁴. O sofrimento, a angústia e as consequências físicas que a falta ou demora para obtenção do tratamento de uma doença grave podem causar, passam a ser assuntos particulares e não mais negligência, impossibilidade ou limitação de uma situação concreta de negação de direitos fundamentais, a ser combatida, permanente e decididamente.

Viver uma vida inteiramente privada significa, acima de tudo, estar privado de coisas essenciais a uma vida verdadeiramente humana: estar privado da realidade que advém do fato de ser visto e ouvido por outros, privado de uma relação “objetiva” com eles decorrente do fato de ligar-se e separar-se deles mediante um mundo comum de coisas, e privado da possibilidade de realizar algo mais permanente do que a própria vida. A privação da privatividade reside na ausência de outros; para estes, o homem privado não aparece, e, portanto, é como se não existisse. O que quer que ele faça permanece sem importância ou consequência para os outros, e o que tem importância para ele é desprovido de interesse para os outros⁴.

Ademora ou omissão, a naturalização da violência estrutural e a exclusão significam diferença entre vida e morte, ou entre uma vida vegetativa ou com qualidade e dignidade:

Ah... foi mais de um ano [...]. Aí depois ela conseguiu, ganhou o processo pela União e pelo estado. [...] Aí depois o estado cortou e em seguida a União também cortou [...]. Minha filha ficou novamente sem a medicação [...]. E nesse período que minha menina ficou sem a medicação, piorou o quadro dela, foi quando ela parou de andar, de falar...

Devido às características de cronicidade e degeneração das doenças é necessário suporte e acompanhamento por uma equipe multiprofissional durante toda vida, porém ela nem sempre está disponível e constitui o núcleo de uma grande variedade de queixas e necessidades das pessoas com DR:

Ainda teve uns meses que ela ficou sem o fisioterapeuta, sem fazer fisioterapia, eu tive que procurar a justiça pra poder eu conseguir de volta (...) ela ficou mais de um ano sem a fisioterapia.

A falta de estrutura física também compromete a qualidade do apoio e suporte, assim como a falta de profissionais também afeta a quantidade e qualidade dos atendimentos:

...a fisioterapia de lá que é fraca... lá onde eu moro não tem lugar sabe, não tem a cama não tem as coisas

[...] é só uma fisioterapeuta pro município todo e muitas... muitas pessoas.

A judicialização, bastante presente na vida das pessoas com DR se coloca como desafio para a gestão da saúde e para o sistema de justiça, em um ambiente de desigualdade, onde necessidades essenciais de determinados grupos não são satisfeitas. A judicialização não é inócua ao SUS e também não é suficiente para reduzir desigualdades, mas o potencial da reivindicação se assenta na possibilidade de dar acesso a direitos garantidos e impelir gestores a ampliar e adequar políticas à demanda social, consistindo em estímulo para agir pela melhoria do acesso e qualidade dos serviços²⁰.

Entretanto não se pode perder a perspectiva crítica. Existem ações judiciais reivindicando medicamentos caros, de eficácia duvidosa e riscos desconhecidos, em contraposição a alternativas seguras, algumas vezes disponibilizadas pelo SUS. Por outro lado, não se pode abrir mão do direito a saúde que tais processos poderiam efetivar e tampouco do reconhecimento de que eles apontam lacunas na formulação e efetivação das políticas públicas²¹.

A quantidade de ações judiciais reflete a dificuldade de acesso a serviços, cuidados ou tecnologias, mas a maior demanda se refere à aquisição de medicamentos. No caso das DR, as políticas de saúde ficam resumidas à dispensação de medicamentos de alto custo. Isso traz consequências econômicas, uma vez que compras centralizadas permitem a aquisição de um volume maior, com maior poder de barganha, o que não acontece com a aquisição fragmentada. O controle centralizado sobre quantidades adquiridas, utilizadas e estocadas permite realocação de medicamentos para outros indivíduos ou estocagem adequada para uso futuro, no caso de interrupção do tratamento. Quando a determinação de compra é feita judicialmente, isso não é possível ou depende de arranjos externos à organização do sistema²².

Um estudo feito por Diniz et al (2012), mostra variação de até 716% entre os preços mínimos e máximos da Idursulfase, medicamento destinado à mucopolissacaridose tipo II.

Segundo o estudo, teríamos economia de R\$ 84 milhões em 5 anos, caso as compras fossem feitas baseadas nos menores preços pagos pelos medicamentos Laronidase, Idursulfase e Galsulfase, destinados às mucopolissacaridoses, respectivamente, tipos I, II e VI. Isso evidencia falta de capacidade de controle de preços devido à judicialização e sujeição ao monopólio da distribuição dos medicamentos. Menores valores poderiam ser praticados caso houvesse uma política de medicamentos específica. Por fim, outro problema importante é que o Judiciário reduz a proteção das necessidades à garantia do medicamento, ao passo que outros domínios da assistência são ignorados²².

Dada a inexistência até então de uma política de medicamentos específica para DR no SUS, a assistência aos pacientes mostra-se frágil. Ausências do Estado muitas vezes são supridas pela indústria farmacêutica²³, no caso abaixo foi oferecido uso compassivo por período curto, sendo necessária judicialização para continuidade do tratamento:

Como era uso compassivo, o laboratório doava, aí ele avisou que não podia mais doar porque tinha outra criança precisando também. Aí a associação entrou na justiça.

Outro gargalo está na humanização. O SUS possui a Política Nacional de Humanização que busca contribuir para a solução de desafios que dificultam a qualidade da sua implementação. Algumas deficiências foram apontadas pelos entrevistados: fragilização dos vínculos entre unidades de saúde e desorganização do acesso; fragilidade do diálogo e interação entre profissionais fragmentação dos processos de trabalho; desrespeito aos direitos dos usuários; despreparo para lidar com dimensões sociais e subjetivas; e baixo investimento na qualificação dos trabalhadores²³.

A falta de profissionais na rede básica capacitados não só a reconhecer, mas também a lidar com DR, mesmo após o diagnóstico pelo especialista, foi uma temática bastante presente e denota deficiências na qualificação:

O caso dela ninguém sabia, não tinha onde procurar, não tinha médico que conseguia tratar.

Existe também grande discrepância entre os serviços ofertados pelos diferentes municípios que muitas vezes não assumem o cuidado aos seus pacientes, abandonando-os:

[...] aí ele ficou arrastando no chão igual um animal, não teve nenhum apoio da prefeitura

Pacientes que residem no interior do estado vivem particularmente uma realidade penosa devido à falta de estrutura física e recursos humanos. Além de conviver com barreiras impostas pelo cotidiano das doenças, a situação é agravada pelo fato de muitos precisarem viajar horas para serem atendidos em centros distantes de suas residências:

[...] então eu acho que é um dever da cidade, e é um direito dela também. Alfenas eu ia toda 2ª feira, a gente saía de casa 4 horas da madrugada, teja frio, calor ou chovendo, 4 horas da madrugada e a gente chega 7, 8 horas da noite.

A sensação de impotência e humilhação diante de uma situação em que muito pouco pode ser feito e que muitas vezes depende de vontade política, também foi comentada:

Eu me senti completamente impotente diante da situação, totalmente desamparada, porque era uma coisa que fugia totalmente das minhas mãos. O convênio lava as mãos, o Estado lava as mãos, todo mundo lava as mãos. Eu falei, vou fazer o que?

Chega a ser humilhante muitas vezes... você saber que seu filho precisa fazer aquilo lá e você não ter condições e quem poderia te ajudar ficar negando, não é fácil [...].

As condições de violência, que vivem essas famílias, originadas pela exclusão de que são vítimas, faz com que não se reconheçam como cidadãos. Um indivíduo que tem cidadania plena é aquele que tem condições concretas e cotidianas de exercer seus direitos civis, políticos e sociais⁴ e isso não acontece com a maioria dos portadores de DR e suas famílias.

[...] a gente sentiu, poxa, a gente não faz parte da sociedade, meio que excluído.

Apesar do amplo conjunto de direitos sociais, parcelas da população estão marginalizadas e excluídas do processo político social, impedidas de exercerem sua autonomia: são brasileiros não reconhecidos enquanto cidadãos. Eventualmente considerados clientes-consumidores de certos serviços públicos, não interferem sobre o conteúdo e forma de prestação desses serviços, precisam adaptar suas necessidades ao formato de prestação dos serviços, por isso não são atendidos na sua especificidade²⁴.

Devido às características das DR, as pessoas envolvidas nos cuidados do paciente também passam a ter uma vida social restrita devido à falta de apoio e instituições que possam acolher as crianças com segurança e atender suas necessidades e particularidades. Os familiares que se sentem desamparados e despreparados, com dificuldades em aceitar ou lidar com a doença:

[...] é muito difícil, a aceitação é muito difícil. [...] E eu diria que até hoje mesmo às vezes ainda não caiu a ficha 100% ainda sabe?

Existem também entraves sociais traduzidos na exclusão e preconceitos que ocorrem na família, escolas e demais ambientes de convívio social:

[...] as mães se sentem excluídas, porque realmente não adianta

falar que não tem preconceito, tem sim... a gente passa situações muito desagradáveis até dentro da família.

a carteira dele tava fora da fila, tava fora, ela tinha colocado ele num cantinho, sozinho[...]

Segundo Arendt (1989), pessoas forçadas a viver fora do mundo comum são devolvidas à sua elementaridade natural, à sua mera diferenciação¹².

Falta-lhes aquela tremenda equalização de diferenças que advém do fato de serem cidadãos de alguma comunidade, e no entanto, como já não se lhes permite participar do artifício humano, passam a pertencer à raça humana da mesma forma como os animais pertencem a uma dada espécie de animais¹².

A despeito das limitações, da exclusão e do preconceito, as famílias estão percebendo que as crianças podem ter uma vida normal e que escondê-las da sociedade só reforça o estigma e o preconceito:

[...] a pessoa tem que procurar mostrar, antigamente a gente escondia nossos filhos, hoje a gente mostra pra ajudar os que estão vindo. Esses que vêm agora vão ter uma qualidade de vida bem melhor do que os nossos.

O contato com outras famílias que vivem o mesmo problema mostrou uma realidade diferente daquela encontrada na internet ou que muitas vezes profissionais de saúde pouco informados costumam repassar:

[...]conversando com várias mães vi crianças com 12, 13, então aquilo lá já foi me dando mais força. Hoje eu conheço pessoas com mucopolissacaridose que tem 40 anos, então é com o passar do tempo que você vê que não é tudo aquilo que eu vi na internet, e que vai te dando força, certo? Mas não é fácil.

Segundo Arendt:

Para os homens a realidade do mundo é garantida pela presença dos outros, pelo fato de aparecerem a todos, "pois o que aparece a todos, a isso chamamos Ser".⁴

Desse contato surgem inúmeras possibilidades de interação entre as pessoas que, unidas como cidadãs, passam a exercer sua autonomia política por meio de relações mediadas pela solidariedade, numa dinâmica onde o indivíduo passa a ser sujeito dos direitos e participa de um processo coletivo por meio do qual despontam seus direitos sociais e de cidadãos²⁵. Dessa interação surge também a possibilidade de mobilização que pode ser encontrada na forma de associações de pacientes, que diante das dificuldades comuns se unem na perspectiva da exigência desses direitos:

Então pra uma pessoa só fica difícil, mas com a associação é mais fácil, a gente pode conseguir as coisas pra todo mundo né, e quando tem mais gente né.

Os processos coletivos constituem foco de representatividade social e possibilitam maior confiança no poder de agir e transformar. Além de favorecer a conquista e legitimidade dos direitos possibilitam maior interação e desenvolvimento de ações solidárias a partir da realidade que é vivida e dividida por todos²⁶.

A trajetória dessas famílias em busca de acesso aos serviços de saúde, diagnóstico, tratamento e de uma vida digna pode ser traduzida por muita luta. Luta pelo acesso a serviços de saúde, por exames, pelo diagnóstico que muitas vezes não se concretiza, pelo medicamento que pode mudar o curso da doença, ou simplesmente pelo reconhecimento daquele filho como cidadão detentor de direitos. Essas lutas são batalhas pela dignidade.

Considerações finais

As trajetórias relatadas são exemplos da luta pela sobrevivência e por direitos fundamentais, por isso mostram a necessidade de iniciar algo novo. O iniciar por meio da ação corresponde ao nascimento de uma nova sociedade que pode surgir na luta e conquista de políticas mais inclusivas⁴.

O novo começo inerente ao nascimento pode fazer-se sentir no mundo somente porque o recém-chegado possui a capacidade de iniciar algo novo, isto é, de agir. Nesse sentido de iniciativa, a todas as atividades humanas é inerente um elemento de ação e, portanto, de natalidade⁴.

O enfrentamento da violência estrutural a que estão sujeitos os pacientes com DR exige o entendimento de que muitos direitos sociais, embora reconhecidos em leis e discursos, não são implementados ou o são de maneira pouco efetiva. Exige também o entendimento de que, na maioria das vezes, tais direitos só prevalecerão na agenda da política social se respaldados pela consciência de cidadania e mobilização social²⁷.

É preciso pensar uma política baseada na pluralidade - que traz consigo o duplo aspecto da igualdade - por sermos todos humanos e da distinção - por sermos únicos, levando em consideração que ela deve organizar e regular o convívio de diferentes, não de iguais^{4,12}

Uma sociedade que prega a construção diferenciada e admite acesso desigual aos serviços, amplia iniquidades e instaura a violência. A busca pela universalização da saúde, não pode ocorrer sem renovação jurídica e política do Estado em relação às expressões de diferenças que remetem às exclusões²⁹. Quando não se reconhece essas diferenças, fica-se fadado à destruição de um mundo comum - que acaba quando é visto somente por

uma perspectiva - que é precedida pela destruição dos aspectos referentes à pluralidade humana⁴.

É importante ressaltar que uma criança não atendida desde o nascimento não desaparece do sistema de saúde. Os recursos necessários para o tratamento se tornam crescentes à medida que as doenças avançam na cronicidade. Assim sendo deve-se investir em pesquisas e tratamentos por meio de medicamentos, formulações nutricionais e/ou transplantes, quando existentes, possibilitando maior suporte e qualidade de vida e em alguns casos, a cura.

Nesse sentido é importante investir no diagnóstico precoce, o que pode ser feito por meio da triagem neonatal, aconselhamento genético, busca ativa de casos nas comunidades, garantia de realização dos exames e encaminhamento aos serviços especializados. O acesso aos tratamentos também precisa ser garantido em menor tempo possível. A implantação de centros de referência que congreguem equipes multidisciplinares devidamente preparadas para lidar com as particularidades das DR, também traria maiores benefícios em menor espaço de tempo e possuem todo o potencial para serem pontos centrais na implantação da nova política

É essencial que os relatos de luta e sofrimento das famílias com DR quando o acesso aos serviços e tecnologias de saúde lhes foi negado ou dificultado, como as que foram aqui relatadas, não permaneçam naturalizados e nem tampouco ignorados. Se o olhar sobre a violência que se inflige sobre estes indivíduos não for um fator motivador para mudanças no sistema, talvez se os custos que eles podem gerar direta ou indiretamente - quando não são atendidos - forem mensurados, chegue-se a conclusão de que é menos oneroso garantir acesso facilitado em tempo hábil ao atendimento e tecnologias de que necessitam. Acreditamos na possibilidade da integração de tecnologias genéticas na saúde pública no Brasil, levando à eficiência do diagnóstico, redução de gastos laboratoriais e das hospitalizações e prevenção da alta morbimortalidade associada às DR, especialmente os erros inatos do metabolismo, como já demonstrado em outras populações²⁹.

Referências

1. Portaria 199/2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde e institui incentivos financeiros de custeio. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em: 24/03/2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html
2. Valadares, E.R., OLIVEIRA, LR. Erros inatos do metabolismo. In: Ennio Leão; Edison José Corrêa; Joaquim Antônio César Mota; Marcos Borato Viana. (Org.). *Pediatria Ambulatorial*. 5a ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2013; 125-132.
3. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10:7-18.
4. Arendt H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense - Universitária, 2010.

5. Cruz Neto O, Moreira MR. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 1999; 4:33-52.
6. Arendt H. Da violência. Brasília: UNB, 1985.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 11a Ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.
8. Santos IMM, Santos RS. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17:714-719.
9. Glat R, Pletsch MD. Método de história de vida em pesquisas sobre auto-percepção de pessoas com necessidades educacionais especiais. *Revista Educação Especial*. 2009; 22:139-154.
10. Glat, R et al. O método de história de vida na pesquisa em educação especial. *Rev. bras. educ. espec*. 2004; 10:235-250.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2007.
12. Arendt H. Origens do totalitarismo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
13. Fraiz IC. Gestação: itinerário terapêutico e peregrinação. Um estudo sociológico da perda do bebê no bairro Sítio Cercado – Curitiba [dissertação]. Curitiba (PR): Curso de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Paraná; 2001.
14. Lima MAFD; Horovitz DDG. Contradições das políticas públicas voltadas para doenças raras: o exemplo do Programa de Tratamento da Osteogênese Imperfeita no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2014; 19: 475:480.
15. Marta GN; Marta TN. Prestação de saúde e inclusão de minorias na medicina. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2010; 56:140.
16. Scheffer M. Judicialização e incorporação de tecnologias: o caso dos medicamentos para tratamento da Aids no Sistema Único de Saúde. In: *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009.
17. Portal Brasil. Atendimento: Doenças raras. 2010 [acesso em 08/01/13]. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/doencas-raras>.
18. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Ministério da Saúde. Priorização de Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral a Pessoas com Doenças Raras. Brasília, Setembro 2014 [acesso em 01/03/2015]. Disponível em: http://www.abrela.org.br/sms/files/Priorizacao_de_Protocolos_e_Diretrizes_Terapeutica_PCDT-DcRaras-CP.pdf.
19. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.
20. Sant'Ana JMB et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2011; 29:168-144.
21. Neto AJF. Judicialização da Saúde. *Caderno Mídia e Saúde Pública: Comunicação em Saúde pela paz*. 2007; 49-52.
22. Diniz D et al. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28:479-489.
23. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização SUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, 4.ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
24. Escorel S. Exclusão social fenômeno totalitário na democracia brasileira. *Saude Soc*. 1993;41-57.
25. Melo EM. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005; 10:167-178.
26. Muller CF; Backes E. A importância das associações de fibrose cística na vida dos pacientes e familiares.

Rev HCPA. 2011; 31:123-124.

27. Rangel M, Petry P. Sobre saúde e política: subsídios da teoria de Hannah Arendt. Cadernos de Estudos e Pesquisas. 2006; Ano X, n 24, 65-74.
28. Bandeira L; Batista AS. Preconceito e discriminação como expressões de violência. Revista Estudos Feministas. 2002; 1:119-141.
29. Strauss KA, Puffenberger, EG, Morton DH. One Community's Effort to Control Genetic Disease. American Journal of Public Health. 2012; 102:1300-1306.

Da Violência das Penas

Tarla Costa Carli

Resumo

A prisão, tratada como o ideal de justiça para o direito penal, é sabidamente um espaço de violação de direitos, tortura e reprodução da violência. No entanto, seu objetivo seria reabilitar o sujeito para ser reinserido na sociedade. É importante dizer que esse objetivo vem sendo distorcido cada dia mais no Brasil. As cadeias brasileiras têm se atido à prática constante da violação dos Direitos Humanos dos detentos: maus tratos, más condições ambientais, superlotação das celas, isolamento, agressões física e verbal, dentre outros tipos de ilegalidades praticadas por quem deveria cuidar e proteger o preso. Além disso, a violência institucional está presente na seletividade penal, quando o encarceramento atinge, em especial, determinados grupos da sociedade. A lógica da pena está claramente invertida. O encarceramento já é, por si só, a pena, as demais práticas são indiscutivelmente desnecessárias e violentas.

É crescente o apoio a respostas repressivas e punitivas para lidar com os detentos, a partir de marcadores que legitimam a segregação, exclusão e punição. Esse fenômeno não é apenas nacional. Ele está presente em diversos países do mundo. Na Europa, as questões relacionadas à migração, cada dia mais, orientam-se pela lógica da xenofobia e da divisão do mundo entre «nós» e «eles», a ponto de o inconformismo com a invasão do «meu» espaço sobrepor-se à solidariedade e ao mais básico sentimento de humanismo com pessoas refugiadas. O meu conforto importa mais do que a barbárie e o risco concreto de eliminação física do outro¹.

No Brasil, o certo é que o governo tem sido um importante promotor do discurso de revanche, da visão do mundo entre “cidadão de bem” e de “bandidos” e de políticas públicas aderentes a esses princípios. Nesse contexto, afloram manifestações e discursos de ódio, que partem da desumanização do outro: sobretudo o “outro” criminalizado ou criminalizável para justificar até mesmo sua eliminação física¹.

É preciso ter em conta que esse discurso governamental não está desconectado da sociedade. O recrudescimento penal que vivenciamos encontra respaldo crescente nas expectativas sociais, que estão em sintonia com o movimento mundial em direção aos conservadorismos e ao esfacelamento da solidariedade social¹. Observa-se esse respaldo em assertivas como “bandido bom é bandido morto”. Chacinas e execuções dos “bandidos”, especialmente quando preenchem os estereótipos de delinquentes (jovens negros habitantes de bairros pobres), não são mais apenas naturalizadas e toleradas, e sim demandadas por parcela da população¹.

Nada dito aqui é abstrato ou teórico, mas real, tendo suas consequências estampadas nas vidas humanas, nas palavras dos mortos. E, sente-se isso hoje, como nunca no Brasil: em negros e negras das periferias que têm sua trajetória interrompida por grades ou canos de fuzis; em pobres que conhecem o Estado pela via do sistema penal muito antes do que pelas políticas sociais, esses enfrentarão a realidade da cadeia¹.

A banalização dessa violência tem legitimado o sistema penal seletivo, truculento e voltado à neutralização, ou mesmo eliminação do “outro”: o jovem negro e pobre que se elege a chamar de “bandido”. Diante de tal cenário, onde sim, há pessoas que transgridem a lei, mas que, também são sujeitos legítimos de direito, como cumprir a pena sem ser violentado em uma sociedade tão finalista, em que uma vez delinquente, sempre delinquente e não há mais lugar para tal entre os “bons”¹?

É possível «lavar» e «enriquecer» esse detento sem violentá-lo, dando a ele nada mais que o seu direito para que possa viver com dignidade dentro e fora das grades? É preciso garantir que o ordenamento jurídico se torne mais preocupado com as questões de âmbito humano, com vistas à resolução do conflito de forma mais eficaz e útil a todos os protagonistas da ação judicial.

Seria de interesse que os Tribunais de Justiça, integradas por um corpo técnico de psicólogos, assistentes sociais, Defensoria Pública e Ministério Público se unissem nessas resoluções. Vale lembrar que além do corpo institucional, essas atividades jurisdicionais também são protagonizadas por organizações não governamentais (ONGs), que estabelecem núcleos de convivência aos investigados e réus, bem como amparam envolvidos em causas desta natureza. Assim como, projetos de extensão realizados em faculdades de Direito e Ciências Sociais que tentam emancipar os encarcerados e suas famílias para “enfrentarem” a sociedade durante e pós cárcere. A justiça restaurativa tem sido um instrumento de mediação de conflitos nesse âmbito, mas que ainda necessita de muito apoio por parte do governo, do poder Executivo e até mesmo por parte do judiciário.

Da violência e dos Direitos Humanos

Estamos acostumados a identificar a violência à criminalidade. Todavia, se formos aos dicionários, observaremos que seu sentido é muito mais amplo e que ela possui não apenas dimensão física, mas também psíquica e simbólica. A violência é a presença da ferocidade nas relações com o outro enquanto outro ou por ser o outro. É o oposto da coragem e da valentia, porque é o exercício da crueldade.

É totalmente antiética a prática da violência pelas polícias (penal, civil, militar, federal) contra autuados, indiciados, acusados ou condenados, pois tratam seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade, como se fossem coisas, ainda que tenham cometido o pior dos crimes, o sujeito ainda é um ser humano dotado de direitos².

Além desse fato, as desigualdades econômicas, sociais e culturais, raciais, de gênero, intolerância religiosa, sexual e política não são consideradas formas de violência, isto é, a sociedade brasileira não é percebida pelos poderes governamentais e por grande parcela do povo (aqueles mais privilegiados, do ponto de vista socioeconômico) como estruturalmente violenta e a violência aparece como um fato esporádico de superfície. A violência policial é apenas mais um caso na estrutura da sociedade, ou seja, não é uma exceção escandalosa e sim faz parte da regra da sociabilidade brasileira².

Para os grandes, a lei é um privilégio; para as camadas populares, repressão. O poder judiciário é claramente percebido como distante, secreto, representante de privilégios da classe dominante ou oligarquias regionais e não como garantidor de direitos, apesar de ser esse o seu papel esperado pela sociedade. A identificação entre o Estado e o Executivo, a ausência de um Legislativo confiável e o medo do Judiciário, suscitam a demanda permanente por um Estado “forte” (isto é, ditatorial e militarizado) para a “salvação nacional”².

Sob a aparência do paradoxo, vigora a coerência surrealista: defesa da ordem que pisoteia os direitos humanos em nome da lei. O interesse maior dessa ordem é diferenciar

as formas, para fazê-las parecer como enorme ameaça que sobe dos porões da sociedade ao topo do Estado, ameaçando sua “estabilidade”². Ou seja, a violência só é ela mesma quando vem de baixo, mas se torna invisível quando cai de cima.

Os Direitos Humanos foram declarados no século XVIII (durante a Revolução Francesa) e reiterados no século XX (pela ONU, após a Segunda Guerra Mundial), mas ao que parece, os direitos do homem e do cidadão ainda não conseguiram chegar ao Brasil no limiar no século XXI. Em sua essência, esses direitos são simples: direito à vida, ao trabalho, à saúde, à educação, à alimentação, à moradia, à cultura; em relação aos direitos civis: liberdade, igualdade jurídica e justiça.

Por suas origens, tais direitos não podem ser considerados produto de subversão comunista (já que neste momento, nos países de “socialismo real”, os dissidentes invocam tais direitos. contra a ordem vigente). Como diz Marilena Chauí “São princípios liberais, no more. Princípios burgueses, rien de plus”². Os direitos do homem e do cidadão ficaram circunscritos a um único aspecto: a segurança patrimonial e pessoal contra a violência e a criminalidade.

Logo, a sociedade se divide em humanos (elite) e desumanos (bandidos). Os últimos considerados indignos de direito, pois fazem parte da criminalidade, da violência. Neste lugar eles patenteiam sua não humanidade e sua indignidade para aspirar aos direitos humanos². Ora, o sujeito deixa de ser humano quando comete um crime e/ou está preso? Ele deixa de ter direitos básicos à dignidade? O encarcerado parece não poder ter lugar duas vezes num mesmo povo. As cadeias podem não reabilitá-lo. Falta-lhe algo libertador. Lembre-se dessa máxima: “Pode adquirir a liberdade, porém nunca recuperá-la”³.

O Estado e as prisões

A força é um poder físico; não vemos que moralidade pode resultar dos seus efeitos. Alienar o sujeito, violá-lo, seria anular, e o que nada é, nada produz. Numa sociedade, não se pode ofender a um dos membros sem atacar a todos. Assim o dever e o interesse do Estado deve ser auxiliar e reunir os membros, diminuir a distância entre eles, isso só traria vantagens³.

A frequência de suplícios nas prisões é sempre demonstração de fraqueza ou preguiça do Governo: não há malvado que não tenha algo de bom. Não há direito para violentá-lo, mesmo como exemplo, senão o perigo continua a existir. Deixemos a discussão destas questões ao homem justo, que nunca pecou e que jamais necessita de perdão³.

Do cárcere e das penas

As leis surgiram como um conjunto de regras elaboradas pelo homem, visando

à organização da sociedade, deixando de ser uma emanção do divino, para ser uma construção da racionalidade humana. A partir daí, cabe ao homem mesmo estabelecer leis boas, em consonância com os anseios da sociedade e a partir das leis vieram com elas as penas⁴.

Na idade antiga um longo período da História que se estende aproximadamente do século VIII a.C, à queda do Império Romano do ocidente no século V d.C; o chamado cárcere, compreendendo de que não havia um código de regulamento social efetivado, é marcado pelo chamado encarceramento, que apresentava como emprego o ato de aprisionar não como caráter da pena, e sim como garantia de manter o sujeito sob o domínio físico, para se exercer a punição.

Os locais que serviram como encarceramento para os suplícios eram desde calabouços, ruínas à torres de castelos. A descrição que se tem daqueles locais revela sempre lugares insalubres, sem iluminação, sem condições de higiene e “inexpurgáveis”. As masmorras são exemplos destes modelos de cárcere infectos nos quais os presos adoeciam e podiam morrer antes mesmo de seu julgamento e condenação, isso porque, as prisões, quando de seu surgimento, se caracterizavam apenas como um acessório de um processo punitivo que se baseava no tormento físico.

Como não seria a prisão a pena por excelência numa sociedade em que a liberdade é um bem pertencente a todos da mesma maneira e ao qual cada um está ligado por um sentimento “universal e constante”? Sua perda ocorreu, sendo substituídas por torturas monstruosas até a morte, o enforcamento, a decepção de cabeças, o banimento e o confisco dos bens⁵.

Todas essas formas seriam economicamente interessantes para o Estado, afinal, horas, dias, anos na prisão acarretariam muitos gastos com sujeitos que já estão em dívida com a sociedade. Mantê-los presos, gastar com comida, médicos, psicólogos, carcereiros seria loucura, só aumentaria a dívida dos mesmos⁵. Quando esse sujeito seria capaz de “pagar suas dívidas” com a sociedade?

Todavia, desde o início do século XIX, a privação de liberdade foi aceita como a melhor forma disciplinar, sendo a mais imediata e civilizada de todas as penas, ademais com claro papel transformador e corretivo dos indivíduos. A finalidade das penas não é atormentar e afligir um ser, nem desfazer um crime que já foi cometido. Os castigos tinham por fim único impedir o culpado de ser nocivo futuramente à sociedade e desviar seus concidadãos da senda do crime⁵.

O que se sabe, contudo, hoje, quase dois séculos após, é que essa forma de punição não surtiu resultado, ao contrário, as pessoas continuam transgredindo a lei, as cadeias estão superlotadas e o sistema Penal continua violento. O que permanece é a

certeza de que “Toda severidade que ultrapasse os limites se torna supérflua e tirânica”⁶.

Como prendemos, contudo, só é mostrado na mídia, em suas monstruosas entranhas, quando uma rebelião ameaça colapsar o sistema. Não mostram as condições em que os presos se encontram, ou de quem é a responsabilidade, nenhum jornal cobra do governante o direito dos detentos. A saber, as prisões superlotadas têm a ver com excesso de pena de prisão, papel do judiciário em dosar e avaliar se é mesmo necessário uma pena privativa de liberdade; condições insalubres, inadequadas, são de responsabilidade do executivo; a seletividade penal, que é resquício cultural e preconceituoso, mostra-se nas práticas racistas, desiguais e portanto, violentas, que a própria sociedade se encarrega de julgar e aprisionar.

Ainda sobre como prendemos, entre as violências praticadas no cárcere das penas está a tortura, tão bem descrita por BECCARIA entre 1738-1794⁶, e, ao contrário do que se espera, tem sido comum, e super atual:

“É uma barbárie consagrada pelo uso na maioria dos governos aplicar a tortura a um acusado enquanto se faz o processo, quer para arrancar dele a confissão do crime, quer para esclarecer as contradições em que caiu, quer para descobrir cúmplices ou outros crimes de que não é acusado, mas dos quais poderia ser culpado, quer enfim porque sofistas incompreensíveis pretenderam que a tortura purgava a infâmia”

Ora, é um absurdo querer lavar a infâmia com a própria infâmia. No entanto não é difícil entender essa estranha atitude, porque os absurdos adotados por uma nação inteira se apoiam sempre em outras ideias estabelecidas e respeitadas nessa mesma nação. Ao contrário de algumas pretensões, a pena não pode ser enxergada como uma vingança coletiva e tratar o detento como um delinquente desumanizado⁵. Ao que parece, são necessárias, contudo, impressões fortes para sensibilizar o espírito grosseiro de um povo que parece ainda estar no seu estado selvagem quando espera que quem comete erros deve morrer.

“As cadeias são espaços violentos de ampliação de vulnerabilidades sociais, desfazimentos de vínculos e internalização de referências comportamentais pautadas pelo “mundo do crime”, afastando, por tudo isso, os horizontes de construção de novas trajetórias de vida”¹. Ademais, além de “como prendemos” vale ressaltar “porque mais prendemos”: o maior vetor de encarceramento é a política criminal de drogas¹.

Do Sistema Penal

O sistema penal é um complexo aparato composto por policiais, promotores e juízes, gestores públicos e agentes penitenciários, não muito preocupados em proteger a

sociedade, promover a justiça ou reduzir a violência - apesar da boa fé de muitos que atuam nas diversas instituições¹. Não bastam “ajustes pontuais” e correções de rota para que ele - o sistema penal - assuma legitimamente sua vocação natural e cumpra, assim, suas missões anunciadas. “A prisão é, entre nós, antes um suplício como meio de deter um acusado⁶”; enquanto seu trabalho, seria a reconstrução de trajetórias das pessoas encarceradas, de modo a torná-las menos vulneráveis a novos processos de criminalização, reinseri-las na sociedade, e não incitar ainda mais violência na sua vida.

Não é bizarro que os policiais e agentes penitenciários, que são a expressão da vontade geral, que detestam e punem a violência, a ordenem e a executem, para desviar os cidadãos do assassino? Qual o sentimento gera sobre essa violência?

“Está traçado em caracteres indeléveis nesses movimentos de indignação e de desprezo que nos inspira a simples visão do carrasco, que não é, contudo, o executor da vontade pública, um cidadão honesto que contribui para o bem geral e que defende a segurança do Estado⁶”.

O que pensar quando se vê policiais ou agentes arrastarem um culpado para a violência?⁶ E, enquanto o infeliz sofre os golpes de violência, seja física, moral ou institucional, por entre convulsões e angústias, o “guarda” que acaba de o encarcerar na violência intrínseca da prisão, “deixa friamente a cela para ir provar em paz as doçuras e os prazeres da vida, e talvez louvar-se, com secreta complacência, pela autoridade que acaba de exercer⁶”.

A certeza de ser punido, no entanto, é que deve desviar o homem do crime e não um castigo como espetáculo de horror. O essencial da pena não consiste em apenas punir, mas procurar corrigir, reeducar e “curar” com zelo. A pena não deve tocar no corpo, ou o mínimo possível, pois o que se quer atingir não é o corpo propriamente⁶.

Historicamente o corpo era o centro do castigo. O corpo é apenas instrumento de privação de liberdade, o sofrimento físico, a dor do corpo não são elementos da pena. Por isso um exército de técnicos deve atuar durante o período de reclusão: guardas, médicos, psiquiatras, psicólogos, educadores; eles devem garantir que o corpo e a dor não serão objetos últimos de sua ação punitiva⁵.

É preciso refletir o seguinte: os «técnicos» devem cuidar dos condenados até ao último instante que eles estão em cárcere - justapondo-se como responsáveis do bem-estar, agentes de não sofrimento, etc. Mas, “a verdade é que punir”, atualmente, “não tem sido converter uma alma, mas destruí-la, torná-la pior possível⁵”.

Um criminoso pode ser um “monstro”, entretanto deve-se tratar “humanamente” aquele que está fora da “natureza”. A prisão em seu todo é incompatível com toda técnica pena-efeito e pena função geral. Ela é a escuridão, a violência e a suspeita⁷:

É um lugar de trevas onde o olho do cidadão não pode contar as vítimas, onde conseqüentemente seu número está perdido para o exemplo[...] Há certamente alguma coisa que vai mal [...] DUFriche, V. p344. 1784 in FOUCAULT, M

A prisão é uma pena. Assim como Foucault⁵ enunciava em suas discussões, o homem detentor do poder ou de privilégio manifesta sua superioridade de forças com excessos, num regime disciplinar, à medida que o poder se torna mais anônimo e funcional, como nas prisões. Foucault⁵ discute também, a questão da não observação da individualidade das pessoas por parte do sistema disciplinar, que parece ter ficado apenas nos romances históricos. O modelo de uma cadeia teria de ser constituído por indivíduos, sendo respeitada suas individualidades no processo de regeneração, no entanto, foi tomado por formas jurídicas abstratas, que abusam do poder e da violência.

O detento é sem dúvida “um átomo fictício de uma boa intenção por parte do sistema penal e do Estado, mas é também uma realidade fabricada por essa tecnologia específica de poder que se chama a disciplina”⁵. Os efeitos do poder, em que o sistema penal se “traveste” ao tratar o condenado são: repressão, recalque, censura, abstração, máscara, ocultação, etc.

Diante disso, vemos que o sistema penal brasileiro parece estar cumprindo suas funções: “promover o medo generalizado e o controle sobre os corpos e comportamentos, não pela certeza da punição pela justiça criminal, mas pela truculência de sistema penal sem mecanismo de contenção, que pune, mas também mata”¹.

No momento em que vivemos, os mecanismos disciplinares tomaram lugar de regeneração, para violência, substituindo o sujeito memorável que pode ter sido um dia, para um calculável, sendo a calculadora, do Estado. No entanto, “a correção individual deveria realizar o processo de requalificação do indivíduo como sujeito de direito”⁵. Com isso, a crítica que o sistema prisional representa é: “a prisão não é bastante punitiva, em suma, os detentos têm menos fome, menos frio e privações que muitos pobres”⁵. Ora, mas é justo que o condenado sofra mais que os outros homens?

Se não é para matar esses “vagabundos”, o que faremos então¹?

É melhor prevenir os crimes do que ter que puni-los; e um sistema penal sábio deve procurar antes impedir o mal do que repará-lo, pois um bom Estado não é senão o responsável por proporcionar aos homens o maior bem-estar possível e preservá-lo de todos os sofrimentos que se lhes possam causar, segundo o cálculo dos bens e dos males desta vida. Mas, os meios que até hoje se empregam são em geral insuficientes ou contrários ao fim que se propõem. Quais seriam os meios ideais então?

- **Com trabalho e autonomia.** A pedagogia de trabalho contribui para diminuir

o tempo na prisão, formar novos trabalhadores, preparar o sujeito para se reinserir na sociedade, sendo parte produtiva dela, gerar valor e autonomia. O trabalho, além da retribuição para a sociedade, permite ao detento melhorar seu destino durante e depois da detenção⁵. Estudiosos dizem que:

“Com o trabalho há atração pelo ganho que excita o detento, corrige seus hábitos, diminui a inquietação e pode ainda ter alguns lucros que se reserva para saída (ele aprendeu uma profissão) que lhe garante uma subsistência sem perigo”⁵. “O trabalho em oficinas gera ocupação constante dos detentos, não deixando-os na inação, pode custear as despesas na prisão, mas também a retribuição individual do prisioneiro para assegurar sua reinserção moral e material no mundo estrito da economia”⁹. “Já, sem ocupação, sem nada para distraí-los, à espera e na incerteza do momento em que será libertado, o prisioneiro passa longas horas ansiosas, trancado em pensamentos que se apresenta ao espírito de todos os culpados”¹⁰.

- **Os cuidados espirituais** também auxiliam, bíblias e outros livros de religião prática; pastores, padres, ou qualquer outra pessoa que se encontrar a serviço religioso pelo menos uma vez por semana e mais alguma pessoa edificante deve ter acesso aos prisioneiros. Deve ser feito para empreender transformação. A solidão não basta, nem tão pouco as exortações puramente religiosas⁵.

- **Os seus “guardiões” (agentes penitenciários, psicólogos, assistentes sociais, educadores...)** “do local devem fortalecer neles as obrigações morais de onde o detento está: demonstrar-lhes a infração em que caiu, o mal que causou⁵” e a necessidade de fazer uma compensação pelo delito; fazerem-no comprometer a si com disciplina e ordem, deixando claro que se isto acontece, pode haver antes que expire o prazo, o relaxamento da sua pena. Os guardiões, devem conversar com os criminosos individualmente, relativo a seus deveres como cidadão membros da sociedade¹¹. Além de demonstrar a eles sua importância para sociedade, sua contribuição e relevância. fora daquele local de cárcere. Dando todo apoio psicológico, médico, de assistência e segurança dignas de qualquer ser humano em qualquer situação.

- **A educação.** Ouso, dizer que deve estar estreitamente ligada com a natureza do governo. Um grande governante que esclarece o seu povo os conduz à virtude, afastam-no do mal pela força invencível e dos inconvenientes que seguem a má ação.”Ter continuidade de estudo dentro das prisões, cursos técnicos”⁶ e até faculdade, seria uma das melhores formas de criar autonomia e recuperar o detento, para que vejam que ao sair, tem o início de um caminho traçado, onde podem percorrer e mudar o rumo de suas vidas, um dia desacreditadas até por eles mesmos. Difundir o conhecimento das ciências e das vantagens existentes. “Um sujeito instruído sabe comparar os objetos, considerá-los sob diversos pontos de vista e modificar os próprios sentimentos pelos outros, pois

consegue compreender o outro com os mesmos desejos e aversões que ele”⁵. Um cidadão instruído amará uma constituição cujas vantagens são evidentes, uma vez conhecidos seus dispositivos, e que dá base sólidas à segurança pública⁵.

- **Não favorecer nenhuma classe particular**; protegendo igualmente cada membro da sociedade;

- **Conhecer o indivíduo**. Mas, o mais importante sem dúvida é que para trabalhar em cima da transformação de comportamento, é preciso analisar a formação de um saber sobre indivíduos. Verificar o contexto do crime,

“as circunstâncias em que foi cometido, um resumo do interrogatório do culpado, notas sobre a maneira que ele se conduziu antes e depois da sentença, entre outros tantos elementos indispensáveis se queremos determinar quais serão os cuidados necessários para destruir seus hábitos antigos”⁵.

E todo tempo de detenção deve ser observado, seu comportamento, e os “guardiões” deveriam visitar a prisão, se informar do que se passou, tomar conhecimento da conduta de cada condenado e verificar aqueles que já cumpriram sua sentença. “Esse conhecimento dos indivíduos, continuamente atualizados, permitem reparti-los na prisão menos em função de seus crimes e mais nas disposições que demonstram”⁵.

“A prisão funciona aí como um aparelho do saber. Não se pune, portanto, para apagar o crime, mas para transformar um culpado, o castigo deve levar em si uma certa técnica corretiva”⁵. Pimenta¹ em seu estudo mais que atual traz formas de mudança para o encarceramento no Brasil, que minaria os diversos tipos de violência sofrida pelos apenados e ajudaria na reinserção do indivíduo de forma digna na sociedade:

“Não chegaremos a lugar nenhum negando ou ignorando as pretensões legítimas das pessoas, o que nos exige muita disposição para escuta, diálogo e construção de vias alternativas verdadeiramente emancipatórias. Logo, deve-se buscar estratégias para incidir sobre práticas institucionais viciadas. Afastar o Estado e suas políticas públicas de ódio dirigida contra os públicos que se quer aniquilar e reprimir, direcionando-os no sentido da promoção da vida. O Estado e suas agências como espaço de discussões, sendo possível minimizar as opressões de forma reformista e emancipatória. Criação de uma Agenda política progressista nos campos de política penal e prisional”. PIMENTA, V.M. 218p, 2018.

Discutir subjetivamente métodos de melhor tratamento dos detentos para uma eficiente reinserção na sociedade é, portanto, condição para permitir a construção da base social para uma agenda de segurança pública realmente comprometida com a reinserção e não à violência e a regressão à criminalidade¹. Partindo da escuta e da compreensão das necessidades humanas e sociais que estão escondidas por trás do punitivismo hegemônico,

nosso maior desafio é buscar consensos possíveis no campo crítico, para uma política de segurança pública e penal que seja capaz de oferecer alternativas concretas baseadas na ideologia da lei¹. E mais...Em termos criminológicos, assume-se aqui a possibilidade de uma agenda reformista que não caia em armadilhas da legitimação do sistema penal, e tanto menos, da prisão. E isso nada tem a ver com violência. Devemos ultrapassar de vez a compreensão de que prevenção de violência significa apenas dar aos detentos tratamento médico, diminuir quantidade de pessoas nas celas, mas também mediar e gerir conflitos.

Os bons exemplos, a solidariedade, o respeito e a escuta impressionam muito mais do que os suplícios, que podem endurecer, mas não corrigir⁵. Retirar as falsas ideias de utilidade, que separa o bem geral dos interesses particulares, pois são uma das fontes mais fecundas de violência. Acabar com a falsa ideia de utilidade de sacrificar uns em prol de muitos. “Não teria certamente ideias justas quem desejasse tirar dos homens o fogo e a água, porque esses dois elementos causam incêndios e inundações, a quem só soubesse impedir o mal pela destruição⁵”. Tal forma de pensamento só serve para multiplicar os criminosos, pois os maltratam em consideração ao homem honesto que foi atacado, mas o fato é que não resolve o problema da criminalidade e violência, apenas a incita.

Atos de violência para com o preso não são para prevenir os delitos, mas para causar o vil sentimento de medo. Sem dúvida as ofensas são quase sempre seguidas de ofensas novas. “A tirania e o ódio são sentimentos duráveis, que se sustentam e tomam novas forças à medida que se exercem; ao passo que, em nossos corações corruptos, o amor e os sentimentos ternos se enfraquecem e se extinguem na ociosidade⁶”. Faz-se necessário por meio do Estado e seus agentes penais e sociais, ensinar o bom caminho, relacionar ante os seus olhos os lugares e os tempos, contrabalançar o atrativo das vantagens presentes com o perigo dos males ocultos e longínquos. Todos necessitam igualmente de guias³.

Há de se pensar: “do ponto de vista religioso (deve a conversão ser a peça principal da correção?); médico (o isolamento completo enlouquece?); econômico (onde está o menor custo?); arquitetural e administrativo (qual é a forma que garante a melhor vigilância?)⁵”. Devem existir também, sem dúvidas, discussões, em que os objetivos devem ser a função carceral.

Por fim, a ideia é ser orientado pelo poder restaurativo, ao invés do punitivo-aflictivo. Privilegiando a autonomia, a responsabilização e a liberdades dos sujeitos criminalizados. Transformar a sua futura realidade fora da cadeia, com a intenção de criar práticas e rotinas que direcionariam à minimização dos males que a privação de liberdade acarreta a trajetória e da dignidade das pessoas. Inventaram-se sem dúvidas máquinas que facilitam o trabalho; bem mais se deveria louvar aquele que inventasse os métodos mais rápidos e mais eficazes para trazer de volta à virtude e à felicidade a parte mais viciosa da humanidade e para extirpar uma parte do vício que está no mundo¹²

Assim, é enorme a importância de se denunciar as contradições gritantes desse sistema e buscar estratégias para incidir sobre suas práticas e institucionalidades viciadas e criar diálogos. Precisamos, tanto quanto possível, afastar o Estado e suas políticas públicas de ódio e da violência dirigida contra os públicos que se quer aniquilar e reprimir, direcionando-os no sentido da promoção da vida, de todos e todas¹.

Foucault⁵ expressou a ideia de que a falta de educação, o contágio dos maus exemplos e a ociosidade podem originar a criminalidade. Pois bem, tentemos fechar todas essas fontes de corrupção; que sejam praticados trabalhos, estudos, lazer, orientações espirituais, que por mais que inicialmente os detentos não gostem, com o tempo terminarão gostando, quando deles recolherem o fruto. Os condenados contrairão o hábito, o gosto e a necessidade da ocupação, que se dêem respectivamente o exemplo de uma vida laboriosa; logo começarão a visualizar o passado como algo errado e triste que fizeram, mas que têm a oportunidade de mudar a rota da sua vida⁵. “O método incerto da autoridade imperiosa deveria ser abandonado, pois só produz uma obediência hipócrita e passageira”⁵

Referências

1. PIMENTA, V.M. Por Trás das Grades: o encarceramento em massa no Brasil. 1 ed. RJ: Revan, 218p, 2018
2. CHAUÍ, M. Sobre a Violência; organizadoras Ericka M. Itokazu, Luciana C-Berlink. 1 ed. BH: Autêntica Editora, 2017
3. ROUSSEAU, J-J. Do Contrato Social: princípios de direito político; tradução de Antônio P. Machado. 160 p. RJ: Nova Fronteira, 2016
4. NEVES, J.R.C. Como os advogados salvaram o mundo: a história da advocacia e sua contribuição para a humanidade. 3. ed. RJ: Nova Fronteira, 2020
5. FOUCAULT, M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 42 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
6. BECCARIA, C. Dos Delitos e das Penas; tradução de Paulo M. Oliveira [Ed. Especial], 144 p. RJ: Nova Fronteira, 2016
7. DUFRICHE, V. Cedesloispénales, p344. 1784 in FOUCAULT, M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 42 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
8. LANGRES, Trois ordess.p.483 in FOUCAULT, M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 42 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
9. LA ROCHE-L., G.de desprisons de Philadelphie. p.9. 1796 in FOUCAULT, M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 42 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
10. CALEB. Lownes in teetersnkradleofpenitentiary. p.49, 1955 in FOUCAULT, M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 42 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
11. TURNBULL, J. Visite à laprison de Philadelphie. Tradpag 27, 1797 in FOUCAULT, M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 42 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
12. RUSH, B. Aninquiryintotheeffectsofpublicpunishments. p.14, 1787 in FOUCAULT, M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 42 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

“É muito grave, doutor?!” Percepção de discriminação cotidiana entre estudantes de medicina: a violência naturalizada

Marcos Ferreira Benedito,
Graziella Lage Oliveira,
Adalgisa Peixoto Ribeiro

Resumo

A discriminação pode ser entendida como uma violência que se traduz na opressão de um grupo em detrimento de outro. Ela é muitas vezes naturalizada nos diversos espaços sociais, incluindo as universidades. O objetivo deste trabalho foi identificar a prevalência de discriminação cotidiana entre estudantes de medicina de uma universidade pública federal e verificar os fatores associados. Foram utilizados dados da pesquisa QualiMed realizada em 2018 com 1470 estudantes. A discriminação foi avaliada por meio da Everyday Discrimination Scale. Foram realizadas análises descritivas e comparativas por meio de regressão logística múltipla. A prevalência de discriminação foi de 87,6% (N=1288). Associaram-se à percepção de discriminação: ser mulher, de orientação não heterossexual, estar nos primeiros dois anos do curso e não praticar religião. Entende-se que a realização de estudos focados na interseccionalidade entre a cor, renda, gênero e orientação sexual, possam contribuir para o entendimento das violências que ocorrem entre os pares e seus desdobramentos para a saúde geral e mental dos estudantes.

“Então doutor, isso é uma doença?”

Discriminação pode ser definida como uma relação desigual de poder que subjuga pessoas de um determinado grupo social, distinguindo características que as inferiorizam em relação ao grupo dominante¹. Remete às experiências que ocorrem nas relações sociais que se traduzem em uma dominação e opressão de um grupo em detrimento de outro. Correl et al.² descrevem que um comportamento ou tratamento injusto é caracterizado como discriminatório, quando é motivado pelo simples pertencimento da vítima a um determinado grupo social, e não por um suposto merecimento ou reciprocidade.

Baseia-se em critérios como raça, cor da pele, descendência, origem nacional ou étnica, gênero, orientação sexual, idade, religião e deficiências. A discriminação tem o propósito de anular ou prejudicar o reconhecimento ou exercício igualitário de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer atividade no âmbito da autonomia pública ou privada³.

No Brasil, a forma mais visível de discriminação é a relacionada às desigualdades raciais. Essas desigualdades colocam a população com cor da pele parda, preta ou indígena como inferior à de cor branca e se traduzem em desvantagens em termos de recursos econômicos e de acesso a oportunidades⁴. Além do racismo, as discriminações frequentemente ocorrem contra pessoas de classes sociais mais baixas, mulheres, pessoas com orientação sexual não heteronormativa (gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais - grupo LGBT), de diferentes denominações religiosas, imigrantes e pessoas com doenças estigmatizantes como HIV/Aids e hanseníase, por exemplo.

A discriminação pode se concretizar de forma visível, a partir de verbalizações e agressões físicas ou de forma sutil, por meio de atitudes e comportamentos naturalizados socialmente, dificultando sua percepção por quem é alvo. Em qualquer situação, a discriminação produz efeitos nocivos e se baseia em opressão e em relações hierárquicas¹.

Desigualdades sociais em saúde e discriminação são temas de estudos científicos há mais de um século, no entanto, no final do século XX foram incorporados na área da saúde, pois geram impactos na saúde e na produção de iniquidades em saúde⁵. As discussões sobre suas repercussões na vida e na saúde revelam avanços e conquistas de movimentos sociais na garantia de direitos de grupos considerados minoritários no Brasil.

A vivência de discriminação pode impactar a saúde física e mental, resultando em sintomas de ansiedade, depressão, estresse pós traumático, baixos níveis de autoestima e de satisfação com a vida, assim como problemas cardiorrespiratórios e aumento de peso. Além disso, geram desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, tabagismo e abuso de substâncias psicoativas^{5 14}. Broad et al.¹⁵, afirmam, por exemplo, que experimentar discriminações propicia um ambiente hostil com efeitos deletérios ao desempenho acadêmico de estudantes de graduação.

O preconceito e a discriminação são bases de diversas violências entre pessoas e grupos e esta violência marca as relações sociais da diferença, no Brasil¹⁶. Ao fazer uma contextualização do preconceito e da discriminação na constituição dos movimentos sociais que lutam pelo reconhecimento das identidades (negro, homossexual, mulher, indígena, entre outras), percebe-se que o preconceito, a discriminação e a exclusão são raízes de violências nas relações sociais. A luta desses movimentos é para “enfrentar as atribuições identitárias negativas, opondo, ao sentimento de vergonha e do silêncio que tinha sido construído através de sociabilidades baseadas na negação da alteridade, o sentimento de orgulho”¹⁶ (p. 125).

É importante destacar que algumas discriminações se tornam tão naturalizadas na vida cotidiana das relações e do trabalho que se afirmam como regras e permanecem despercebidas por muitos¹⁶. Exemplos disso são expressões de linguagem como “esclarecer” e “denegrir”; exclusão de mulheres do mercado de trabalho usando os filhos como justificativa; ou ainda, exigir boa aparência para fazer jus a algum posto de trabalho. Nesse contexto de disfarce dos preconceitos é que as discriminações abrem espaço para relações sociais hostis e violentas¹⁶.

“E eu com isso, doutor?”

Embora a discriminação seja um tema abordado com certa frequência na literatura, pouco se discute sobre sua ocorrência entre estudantes de Medicina, particularmente do ponto de vista da saúde. O motivo pode ser histórico. Assim como as Engenharias e o Direito, a Medicina sempre esteve atrelada à elite, entendida aqui como indivíduos com melhores condições socioeconômicas e, em sua maioria, homens de cor de pele branca¹⁷.

Nesse contexto, a entrada de estudantes de baixa renda e negros em cursos de Medicina no Brasil era praticamente improvável. A partir do início da década de 1990, observa-se no país um aumento do número de Instituições de Ensino Superior (IES), que passaram de 893 em 1991 para 2.416 em 2012 (aumento de 171%)¹⁸. Atrelado ao aumento das IES, públicas e sobretudo privadas, houve a criação de políticas de financiamento da educação superior, como o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), em 1999, o Programa Universidade para Todos (ProUni), em 2004, e a adoção de políticas de ações afirmativas com reserva de vagas para alunos que cursaram integralmente o ensino médio em escolas públicas, incluindo pessoas autodeclaradas pretas, pardas, indígenas e com deficiência (Lei de Cotas), que começou a vigorar em 2011. Essas políticas, indiscutivelmente, mudaram o perfil dos estudantes de Medicina no país. Embora esse perfil ainda seja 20% mais branco e seis vezes mais rico que a média da população brasileira¹⁹, houve uma ampliação no acesso de grupos minoritários ao ensino superior.

Estes dados evidenciam o aumento na diversidade dos estudantes, mas também sinalizam a importância de avaliar como se dá sua permanência no curso. Particularmente

do ponto de vista da percepção destes sobre a ocorrência de situações de discriminação, não apenas entre os pares, mas a discriminação que vivenciam cotidianamente.

Neste sentido, o objetivo deste capítulo é verificar a prevalência de percepção de discriminação cotidiana entre estudantes do curso de Medicina de uma universidade pública brasileira e verificar os fatores associados a esta percepção.

“E como a gente vai fazer isso, doutor?”

Para a elaboração deste capítulo, foram usados dados da primeira fase da pesquisa denominada QualiMed, que buscou avaliar as condições de saúde e qualidade de vida dos estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Trata-se de um estudo transversal, realizado 2018, em que todos os estudantes formalmente matriculados no curso de medicina, foram convidados a responder um questionário online. O percentual de participação foi de 74,2% (N=1470). Todos assinaram, de forma online, um Consentimento Livre e Esclarecido.

Neste capítulo, serão analisados os dados relativos a: 1) Variáveis socio-demográficas: sexo, idade, cor da pele, identidade de gênero, orientação sexual, se possui companheiro(a), renda familiar (expressa em faixas de renda, baseada no valor do salário mínimo do ano de 2018), e se é beneficiário de auxílio logístico e/ou financeiro pela UFMG, via Fundação Mendes Pimentel (FUMP); 2) Variáveis relacionadas ao curso: medicina como primeira opção de graduação, ciclo do curso em que se encontravam, situação no curso (regular – continua com a mesma turma de entrada, ou irregular – está com outra turma ou fazendo disciplinas em várias turmas distintas), percepção da vida após entrar para o curso (melhor, pior ou igual era antes do curso); 3) Variáveis relativas a comportamentos: prática de religião, participação em grupos, atividade física regular (praticada por pelo menos 20 minutos, no mínimo de 2 a 3 vezes por semana); e 4) Percepção de Discriminação Cotidiana – avaliada por meio da *Everyday Discrimination Scale*, que permite identificar a frequência com que cada um dos nove eventos discriminatórios diários ocorreu^{20,21}. As perguntas tinham seis opções de resposta em escala *likert* de 6 pontos (0-nunca; 1-menos que 1 vez por ano; 2-algumas vezes por ano; 3-algumas vezes por mês; 4-pelo menos 1 vez por semana; 5-quase todos os dias). Quanto maior a pontuação, mais alta a exposição/frequência de experiência de discriminação.

A escala fornece um escore geral, obtido por meio da soma dos nove itens, variando de 0 a 45 e usualmente é categorizada de forma dicotômica. No presente trabalho, para a descrição dos achados, a discriminação foi categorizada em: 0-nunca (soma dos escores=0); 1-Raramente (soma dos escores entre 1 e 18) e; 2- Frequentemente (soma dos escores maior que 19). Para as análises comparativas, considerou-se como presença de discriminação a resposta positiva a pelo menos uma das nove questões da escala. Desta forma, a discriminação foi categorizada em “sim” e “não”.

Os participantes ainda atribuíram às experiências de discriminação uma ou mais razões possíveis, incluindo: ascendência ou origem nacional, gênero, raça/cor da pele, idade, religião, altura, peso, deficiência física, aparência física, orientação sexual, escolaridade, renda e outras.

Cabe ressaltar que a escala permite diferenciar a discriminação percebida cotidianamente por grupos alvo de preconceito no ambiente social¹³, não sendo seu objetivo identificar as discriminações especificamente no ambiente acadêmico.

Foram realizadas análises descritivas, por meio da distribuição de frequências e análises comparativas uni e multivariadas por meio de regressão logística múltipla. Todas as variáveis que obtiveram valor-p $\leq 0,20$ na análise univariada, obtidos por meio do Teste Qui quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher quando cabível, foram candidatas ao modelo logístico. Foram consideradas associadas à discriminação nos modelos finais, as variáveis que apresentaram valor-p $< 0,05$. Os modelos de regressão foram ajustados pelas variáveis renda, cor da pele e renda + cor da pele e foram avaliados por meio do Teste de Hosmer e Lemeshow. As análises foram realizadas com o Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 19). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e aprovado com parecer de número 2.608.649.

“O diagnóstico é grave, doutor?”

No perfil dos estudantes de medicina que participaram da pesquisa observa-se que em sua maioria são do sexo feminino (50,7%); com idade até 22 anos (55,6%); de cor da pele autodeclarada branca (62,2%); com identidade de gênero cisgênero (99,4% são homens e mulheres cisgênero); com orientação heterossexual (79,9%); e estão solteiros sem namorado(a) / companheiro(a) (53,2%) (Tabela 1).

O percentual de pessoas de cor branca reflete o quadro de dificuldades de acesso dos não brancos às escolas públicas brasileiras mesmo com as políticas de inclusão. Na UFMG o percentual de estudantes de medicina que se autodeclararam pretos e pardos passou de 24,4% em 2008 para 41,6% em 2018; e os que cursaram o ensino médio em escolas públicas passou de 14,4% em 2008 para 50% em 2017²². Essa realidade foi constatada em outros estudos, como na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em que 69,9% dos participantes se autodeclararam de cor da pele branca²³.

Nos extremos das faixas de renda, apenas 1,5% referiram renda familiar de até um salário mínimo (SM) e 24,4% acima de 18 SM. Um total de 22% dos estudantes são beneficiários de auxílio financeiro ou logístico para a permanência na universidade. Esta não é a realidade da maioria dos graduandos brasileiros, que têm renda familiar de até três SM (42,1% em 2018), e apenas 14% contam com mais de 10 SM²⁴ (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos estudantes de medicina que participaram da pesquisa. Belo Horizonte, 2018

| Características | | N (1470) | % |
|--|---------------------------|-----------------|----------|
| Individuais | | | |
| Sexo | Feminino | 743 | 50,7 |
| | Masculino | 723 | 49,3 |
| Idade | Até 22 anos | 818 | 55,6 |
| | Mais de 23 anos | 652 | 44,4 |
| Cor da pele | Branca | 914 | 62,2 |
| | Não Branca ¹ | 556 | 37,8 |
| Identidade de gênero | Mulher cisgênero | 741 | 50,4 |
| | Homem cisgênero | 721 | 49,0 |
| | Mulher transgênero | 2 | 0,1 |
| | Homem transgênero | 2 | 0,1 |
| Orientação sexual | Pessoa não-binária | 4 | 0,3 |
| | Heterossexual | 1172 | 79,9 |
| | LGBT ² | 294 | 20,1 |
| Possui companheiro(a) | Não | 782 | 53,2 |
| | Sim | 723 | 46,1 |
| Renda familiar³ | Outra Situação | 10 | 0,7 |
| | Até 1 salário mínimo (SM) | 22 | 1,5 |
| | de 1 a menos que 3 SM | 173 | 11,9 |
| | de 3 a menos que 6 SM | 311 | 21,3 |
| | de 6 a menos que 9 SM | 232 | 15,9 |
| | de 9 a menos que 12 SM | 171 | 11,7 |
| | de 12 a menos que 15 SM | 110 | 7,5 |
| | de 15 a menos que 18 SM | 83 | 5,7 |
| Beneficiário de auxílio logístico e/ou financeiro⁴ | acima de 18 SM | 356 | 24,4 |
| | Sim | 321 | 22,0 |
| | Não | 1138 | 78,0 |
| Relacionadas ao curso | | | |
| Medicina como primeira opção | Sim | 1108 | 75,4 |
| | Não | 362 | 24,6 |
| Ciclo do curso | Básico | 656 | 45,8 |
| | Teórico-prático | 431 | 30,1 |
| | Clínico | 345 | 24,1 |
| Situação no curso | Regular | 1374 | 93,5 |
| | Irregular | 96 | 6,5 |
| Vida após entrar para o curso de medicina | Melhorou | 805 | 54,9 |
| | Continua igual | 343 | 23,4 |
| | Piorou | 319 | 21,7 |
| Comportamentos | | | |
| Prática de Religião | Sim | 718 | 49,0 |
| | Não | 746 | 51,0 |
| Participação em grupo | Sim | 605 | 41,2 |
| | Não | 865 | 58,8 |
| Atividade física regular⁵ | Sim | 813 | 55,3 |
| | Não | 657 | 44,7 |

Fonte: Estudo QualiMed, 2018.

1. Cor da pele não branca inclui: preta, parda, amarela, indígena e outras. 2. LGBT inclui Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 3. Salário Mínimo em 2018 - R\$937,00. 4. Recebimento de bolsa de auxílio logístico ou financeiro da Fundação Mendes Pimentel (FUMP) para permanência no curso. 5. Atividade física regular: praticada por pelo menos 20 minutos, no mínimo de 2 a 3 vezes por semana.

O curso de medicina foi a primeira escolha de 75,4% dos estudantes e a maioria estava no ciclo básico, ou seja, os 2 primeiros anos (45,8%) e a quase a totalidade (93,5%) permanecia regular, seguindo com sua turma de origem. Para 54,9% a vida melhorou após seu ingresso no curso de Medicina. A maioria não pratica religião (51%); não participa de grupos (58,8%) e pratica regularmente exercícios físicos (55,3%) (Tabela 1).

A prevalência de discriminação cotidiana entre os estudantes de Medicina da UFMG foi de 87,6% (N=1.288). Este percentual está muito acima do encontrado entre universitários de diversas áreas, incluindo Medicina, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que foi de 65,8% e ser tratado como pouco inteligente ou incapaz para alguma atividade curricular provocou muito incômodo para 43,1% deles²⁵.

Considerando o grupo no geral, é interessante observar que, para algumas situações de discriminação cotidiana, a maioria dos estudantes informou “nunca” ter experimentado, como receber atendimento pior em restaurantes e lojas (55,6%), agir como se tivessem medo de você (71,2%), pensarem que você é desonesto (72%), ter sido insultado (62,8%) e ter sido ameaçado ou assediado (70,2%). Por outro lado, as situações mais “frequentemente” percebidas pelos estudantes foram ser tratado com menos respeito, seguido por ser tratado com menos gentileza, identificar pessoas agindo como se fossem melhores, e como se o estudante fosse menos inteligente. Todas essas situações parecem estar intimamente ligadas com as relações estabelecidas no ambiente acadêmico, principalmente por se tratar de um curso historicamente elitista e competitivo (Tabela 2).

Considerando a cor da pele, identifica-se entre as nove situações de discriminação cotidiana perguntadas, que em oito delas houve diferença estatisticamente significativa entre brancos e não brancos (Tabela 2). Entre essas situações destacam-se as que ocorreram mais “frequentemente” entre as pessoas não brancas, como perceber pessoas agindo como se fossem melhores que você (34,2% *versus* 31,6%), ser tratado com menos gentileza (28,2% *versus* 22,3%), ser tratado com menos respeito (24,5% *versus* 17,2%) e perceber pessoas agindo como se você não fosse inteligente (24,3% *versus* 17,8%).

A análise dos elementos que constituem o racismo, questão estruturadora da dinâmica social brasileira, ajuda a refletir sobre como a discriminação pode ser um importante fator de exclusão, até mesmo no ambiente universitário. Novamente, é importante lembrar que a pesquisa não objetivou captar exclusivamente situações que ocorrem no interior da Universidade, mas na sociedade como um todo. Mesmo assim, sobressaem questões como “ser melhor”, “gentileza”, “respeito” e “inteligência” como categorias balizadoras para a discussão sobre discriminação e racismo.

Segundo Daflon et al.²⁶, o *status* socioeconômico parece ser mais determinante da percepção de discriminação do que a cor da pele. No entanto, entre os estudantes de medicina a análise segundo renda, a partir da variável receber auxílio logístico e/ou financeiro para permanência na universidade, mostrou que em cinco das nove situações

Tabela 2 – Distribuição de frequência da percepção de situações de discriminação¹ de acordo com a cor da pele e o recebimento de auxílio pela universidade². Belo Horizonte, 2018

| Percepção de que... | | População Geral N=1470 N (%) | Cor da Pele ³ | | Valor p ⁴ | Recebe Auxílio ² | | Valor p ⁴ |
|---|----------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|
| | | | Branca (N=914) N (%) | Não Branca (N=556) N (%) | | Não (N=1138) N (%) | Sim (N=321) N (%) | |
| | | | | | | | | |
| 1. Tem sido tratado(a) com menos gentileza que outras pessoas | Nunca | 438 (29,8) | 310 (33,9) | 128 (23,0) | <0,001 | 367 (32,2) | 67 (20,9) | <0,001 |
| | Raramente | 671 (45,6) | 400 (43,8) | 271 (48,7) | | 510 (44,8) | 157 (48,9) | |
| | Frequentemente | 361 (24,6) | 204 (22,3) | 157 (28,2) | | 261 (22,9) | 97 (30,2) | |
| 2. Tem sido tratado(a) com menos respeito que outras pessoas | Nunca | 489 (33,3) | 324 (35,4) | 165 (29,7) | 0,002 | 394 (34,6) | 91 (28,3) | 0,009 |
| | Raramente | 688 (46,8) | 433 (47,4) | 255 (45,9) | | 535 (47,0) | 148 (46,1) | |
| | Frequentemente | 293 (19,9) | 157 (17,2) | 136 (24,5) | | 209 (18,4) | 82 (25,5) | |
| 3. Tem recebido um atendimento pior do que outras pessoas em restaurantes e lojas | Nunca | 817 (55,6) | 567 (62,0) | 250 (45,0) | <0,001 | 656 (57,6) | 154 (48,0) | <0,001 |
| | Raramente | 539 (36,7) | 310 (33,9) | 229 (41,2) | | 408 (35,9) | 127 (39,6) | |
| | Frequentemente | 114 (7,8) | 37 (4,0) | 77 (13,8) | | 74 (6,5) | 40 (12,5) | |
| 4. As pessoas têm agido como se pensassem que você não é inteligente | Nunca | 546 (37,1) | 370 (40,5) | 176 (31,7) | 0,001 | 449 (39,5) | 92 (28,7) | <0,001 |
| | Raramente | 626 (42,6) | 381 (41,7) | 245 (44,1) | | 485 (42,6) | 137 (42,7) | |
| | Frequentemente | 298 (20,3) | 163 (17,8) | 135 (24,3) | | 204 (17,9) | 92 (28,7) | |
| 5. As pessoas têm agido como se tivessem medo de você | Nunca | 1046 (71,2) | 699 (76,5) | 347 (62,4) | <0,001 | 817 (71,8) | 219 (68,2) | 0,402 |
| | Raramente | 324 (22,0) | 164 (17,9) | 160 (28,8) | | 247 (21,7) | 76 (23,7) | |
| | Frequentemente | 100 (6,8) | 51 (5,6) | 49 (8,8) | | 74 (6,5) | 26 (8,1) | |
| 6. As pessoas têm agido como se pensassem que você é desonesto(a) | Nunca | 1059 (72,0) | 696 (76,1) | 363 (65,3) | <0,001 | 829 (72,8) | 222 (69,2) | 0,250 |
| | Raramente | 341 (23,2) | 191 (20,9) | 150 (27,0) | | 260 (22,8) | 79 (24,6) | |
| | Frequentemente | 70 (4,8) | 27 (3,0) | 43 (7,7) | | 49 (4,3) | 20 (6,2) | |
| 7. As pessoas têm agido como se fossem melhores que você | Nunca | 330 (22,4) | 230 (25,2) | 100 (18,0) | 0,006 | 276 (24,3) | 51 (15,9) | 0,004 |
| | Raramente | 661 (45,0) | 395 (43,2) | 266 (47,8) | | 506 (44,5) | 150 (46,7) | |
| | Frequentemente | 479 (32,6) | 289 (31,6) | 190 (34,2) | | 356 (31,3) | 120 (37,4) | |
| 8. Tem sido chamado(a) por outros nomes ou insultado(a) | Nunca | 923 (62,8) | 607 (66,4) | 316 (56,8) | 0,001 | 719 (63,2) | 198 (61,7) | 0,861 |
| | Raramente | 455 (31,0) | 258 (28,2) | 197 (35,4) | | 347 (30,5) | 103 (32,1) | |
| | Frequentemente | 92 (6,3) | 49 (5,4) | 43 (7,7) | | 72 (6,3) | 20 (6,2) | |
| 9. Você tem sido ameaçado(a) ou assediado(a) | Nunca | 1032 (70,2) | 652 (71,3) | 380 (68,3) | 0,459 | 802 (70,5) | 223 (69,5) | 0,590 |
| | Raramente | 343 (23,3) | 204 (22,3) | 139 (25,0) | | 259 (22,8) | 80 (24,9) | |
| | Frequentemente | 95 (6,5) | 58 (6,3) | 37 (6,7) | | 77 (6,8) | 18 (5,6) | |

Fonte: Estudo QualiMed

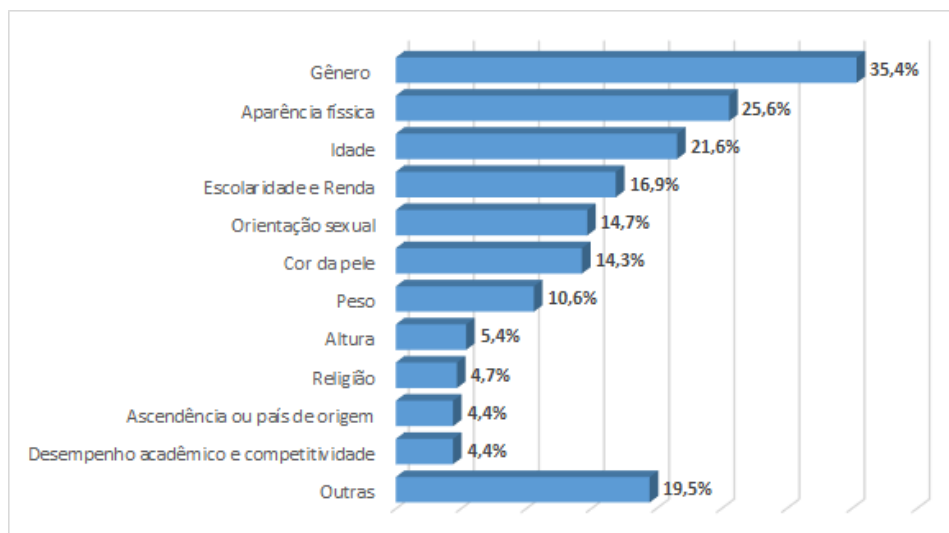
1. Obtida por meio da Escala de Discriminação Cotidiana (*Everyday Discrimination Scale*). 2. Foi utilizado como proxy de renda a pergunta sobre recebimento de auxílio logístico ou financeiro pela universidade via Fundação Mendes Pimentel (FUMP). 3. Cor da pele autodeclarada. A categoria "Não Branca" incluiu negros, pardos, amarelos, indígenas e outras. 4. Valor-p obtido por meio do Teste Qui quadrado de Pearson.

investigadas houve diferença estatisticamente significativa na percepção dos que recebem e dos que não recebem auxílio (Tabela 2). Destaca-se entre as situações de discriminação, as que ocorreram mais “frequentemente” entre os que recebem auxílio: ter pessoas agindo como se fossem melhores que você (37,4% versus 31,3%), ser tratado com menos gentileza (30,2% versus 22,9%) e perceber pessoas agindo como se você não fosse inteligente (28,7% versus 17,9%).

As principais razões apontadas para a ocorrência das experiências de discriminação cotidiana foram o gênero (35,4%), seguida por aspectos da aparência física (25,6%) e a idade (21,6%). Interessante notar que a cor da pele foi apontada por 14,3% dos participantes (Figura 1).

A análise da associação entre a percepção de situações de discriminação e variáveis sociodemográficas, relacionadas ao curso e comportamentos mostram que das oito variáveis analisadas, cinco se mostraram associadas à ocorrência de discriminação e,

Figura 1 – Principais razões para a ocorrência de discriminação, segundo estudantes de medicina. Belo Horizonte, 2018.



portanto, candidatas ao modelo logístico (valor- $p < 0,05$): sexo, sendo maior a prevalência entre as mulheres (53,2% versus 46,8%); orientação sexual, maior entre os heterossexuais (78,7% versus 21,3%); ciclo do curso, maior entre os estudantes do ciclo básico (47,1% versus 29,5% do teórico-prático e 23,4% do clínico); prática de atividade física regular, maior entre os praticantes (54,1% versus 45,9%); e prática de religião, um pouco maior entre os praticantes (50,5% versus 49,5%) (Tabela 3).

A análise de regressão logística múltipla das variáveis associadas à percepção de discriminação cotidiana ente estudantes de medicina (Tabela 4) mostrou que das

Tabela 3 – Percepção de discriminação cotidiana entre estudantes de medicina e características individuais, relacionadas ao curso e comportamentos. Belo Horizonte, 2018 (N=1470)

| Características | | Ocorrência de Situações de Discriminação ¹ | | Valor-p ² |
|--|-------------------|---|-------------|----------------------|
| | | Não | Sim | |
| | | N (%) | N (%) | |
| Sexo | Feminino | 60 (33,0) | 683 (53,2) | < 0,001 |
| | Masculino | 122 (67,0) | 601 (46,8) | |
| Idade | Até 22 anos | 99 (54,4) | 719 (55,8) | 0,388 |
| | Mais de 23 anos | 83 (45,6) | 569 (44,2) | |
| Orientação sexual | Heterossexual | 162 (89,0) | 1010 (78,7) | < 0,001 |
| | LGBT ³ | 20 (11,0) | 274 (21,3) | |
| Ciclo do curso | Básico | 65 (36,9) | 591 (47,1) | 0,039 |
| | Teórico-prático | 60 (34,1) | 371 (29,5) | |
| | Clínico | 51 (29,0) | 294 (23,4) | |
| Situação no curso | Regular | 172 (94,5) | 1202 (93,3) | 0,339 |
| | Irregular | 10 (5,5) | 86 (6,7) | |
| Prática de atividade física regular⁵ | Não | 66 (36,3) | 591 (45,9) | 0,009 |
| | Sim | 116 (63,7) | 697 (54,1) | |
| Prática de religião | Não | 111 (61,0) | 635 (49,5) | 0,002 |
| | Sim | 71 (39,0) | 647 (50,5) | |
| Participação em grupos | Não | 79 (43,4) | 526 (40,8) | 0,281 |
| | Sim | 103 (56,6) | 762 (59,2) | |

Fonte: Estudo QualiMed, 2018.

1. Obtida por meio da Escala de Discriminação Cotidiana (*Everyday Discrimination Scale*). “Não” se a resposta foi igual a nunca e “Sim” se respondeu afirmativamente para pelo menos uma das questões da escala. 2. Valor-p obtido por meio do Teste Qui Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, quando apropriado. 3. LGBT inclui Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 5. Atividade física regular: praticada por pelo menos 20 minutos, no mínimo de 2-3 vezes por semana.

cinco variáveis inseridas no modelo logístico, permaneceram associadas à discriminação quatro: com maior prevalência de discriminação entre estudantes do ciclo básico (OR=1,80; IC95%=1,20-2,69), do sexo feminino (OR=2,42; IC95%=1,71-3,42) e com orientação sexual LGBT (OR=2,71; IC95%=1,62-4,52). Não praticantes de religião têm prevalência 0,67 vezes menor de reportar discriminação, comparado aos que praticam (OR=0,67; IC95%=0,48-0,94). Os modelos ajustados por cor da pele (Modelo 1), renda (Modelo 2) e cor da pele + renda (Modelo 3) não mostraram variações significativas em relação ao modelo não ajustado. No entanto, o Modelo 3 obteve melhor ajuste quando comparado aos demais modelos ajustados (Hosmer e Lemeshow = 0,818).

“Tá bom, mas o que isso quer dizer, doutor?”

A maior prevalência de discriminação percebida pelas mulheres pode se dever ao fato de historicamente, os cursos de medicina serem majoritariamente masculinos e a entrada de mais mulheres ser relativamente recente. Para Ávila²⁷, na última década as mulheres foram maioria nas escolas Médicas e também entre os novos profissionais

registrados. No entanto, essas conquistas ainda são marcadas pelos impactos negativos provocado por estereótipos sexistas, discriminação e hierarquia de gênero²⁷.

Embora a prevalência de discriminação entre os estudantes heterossexual tenha sido maior, destaca-se que no grupo LGBT, esta prevalência foi quase duas vezes maior, quando comparada aos que não reportaram discriminação (21,3% *versus* 11,0%). Estudo realizado em uma universidade mineira com graduandos de diversos cursos mostrou que o segundo tipo de violência mais referida foi ouvir piadas LGBTfóbicas, seguido por piadas machistas/sexistas e agressão psicológica por meio de desqualificação pessoal²⁸. Estudo realizado pela UNESCO observou que 39% dos participantes masculinos não gostariam de dividir a sala de aula com um colega homossexual e 35,2% dos pais e mães não gostariam que seus filhos tivessem um colega homossexual²⁹.

Estar no ciclo básico também se mostrou importante para o relato de discriminação. Isso pode refletir a diversidade relativamente recente no perfil dos estudantes que ingressam no cursos de Medicina, particularmente entre os que entraram nos anos de 2017 e 2018 (marcos da incorporação gradual da Lei de Cotas). Segundo Ferreira³⁰, os ambientes educacionais ainda não estão preparados para lidar com as diferentes formas, expressões de gênero e sexualidade. E a maneira velada e silenciosa com que o tema é tratado termina por perpetuar o preconceito e a discriminação.

Praticar atividade física regular e alguma religião também se mostraram associadas à prevalência de discriminação entre os estudantes analisados, embora praticar atividade física não tenha se mantido no modelo final. É importante refletir que participar desses grupos pode ser um meio para a obtenção de inserção e aceitação social. Talvez, neste grupo específico, elas possam atuar como fontes de busca de suporte social, ocorrendo mais frequentemente entre os que vivenciam situações de discriminação.

“E tem tratamento pra isso, doutor?”

Sim! Há tratamento para este cenário de discriminação que ainda existe nas intuições de ensino superior do País. Observa-se com este trabalho que as situações de discriminação continuam atingindo grupos específicos, historicamente marginalizados como mulheres, pessoas de cor de pele não branca, com baixo nível socioeconômico e de orientação sexual diferente da heterossexual.

A Lei de Cotas, indiscutivelmente modificou o perfil dos estudantes que ingressam nas universidades, no entanto, elas não são capazes de garantir, por si só, a permanência destes no *campus*. Elas garantem o acesso, mas não garantem a qualidade das relações sociais que vão se estabelecer a partir daí. Outras políticas internas de apoio aos estudantes devem ser fomentadas, assim como campanhas de conscientização e empoderamento dos grupos vulneráveis.

Tabela 4 – Modelos de regressão logística múltipla das variáveis associadas à percepção de discriminação cotidiana ente estudantes de medicina. Belo Horizonte, 2018 (N=1470)

| Variáveis | Modelos ¹ | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | Não Ajustado | | Ajustado 1 | | Ajustado 2 | | Ajustado 3 | |
| | p | OR [IC95%] | p | OR [IC95%] | p | OR [IC95%] | p | OR [IC95%] |
| Ciclo do curso | 0,011 | | | | | | | |
| Clínico | | 1 | 0,015 | 1 | 0,015 | 1 | 0,020 | 1 |
| Teórico-prático | 0,443 | 1,18 [0,78-1,78] | 0,469 | 1,17 [0,77-1,77] | 0,476 | 1,17 [0,77-1,77] | 0,494 | 1,16 [0,76-1,76] |
| Básico | 0,005 | 1,80 [1,20-2,69] | 0,007 | 1,76 [1,17-2,64] | 0,007 | 1,76 [1,17-2,65] | 0,009 | 1,73 [1,15-2,60] |
| Sexo Feminino | <0,001 | 2,42 [1,71-3,42] | <0,001 | 2,44 [1,72-3,44] | <0,001 | 2,44 [1,72-3,46] | <0,001 | 2,45 [1,73-3,48] |
| Orientação LGBT ² | <0,001 | 2,71 [1,62-4,52] | <0,001 | 2,68 [1,60-4,48] | 0,001 | 2,48 [1,48-4,16] | 0,001 | 2,47 [1,47-4,14] |
| Não praticar Religião | 0,019 | 0,67 [0,48-0,94] | 0,026 | 0,69 [0,49-0,96] | 0,029 | 0,69 [0,49-0,96] | 0,037 | 0,70 [0,50-0,98] |
| Ajuste do modelo ³ | | 0,965 | | 0,282 | | 0,624 | | 0,818 |

1. Modelo Ajustado 1: ajustado pela variável cor da pele; Modelo Ajustado 2: ajustado por renda, utilizando como proxy a pergunta sobre recebimento de auxílio logístico ou financeiro pela universidade via Fundação Mendes Pimentel (FUMP); Modelo Ajustado 3: Ajustado por cor da pele e renda.

2. LGBT inclui Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

3. Ajuste do modelo verificado pelo Teste de Hosmer e Lemeshow.

Sabe-se que experiências, valores, maneiras de habitar, ver e pensar o mundo são aspectos socioculturais que moldam as percepções das situações discriminatórias cotidianas. É importante compreender que a discriminação é um comportamento que precisa ser legitimado, fazendo com que o indivíduo apresente justificativas que pareçam legítimas e defensáveis em determinado contexto social³¹. A saída é não legitimar comportamentos discriminatórios no ambiente acadêmico e fora dele. Isso só é possível a partir da informação sobre direitos, da valorização e da inclusão dos grupos-alvo no planejamento de ações de prevenção.

A percepção de discriminação cotidiana entre os estudantes de Medicina avaliados provoca algumas reflexões que podem ser aprofundadas em estudos futuros que busquem compreender os impactos das diversas formas de violência na vida dos estudantes, seja do ponto de vista da permanência destes no curso, seja do ponto de vista de sua saúde mental. Estudos que avaliem o papel da interseccionalidade entre a cor, renda, gênero e orientação sexual, podem contribuir para o entendimento das violências que ocorrem entre os pares e seus desdobramentos. Além disso, tais estudos podem dar voz aos estudantes com o objetivo de identificar estratégias para possibilitar um ambiente acadêmico mais sensível às discriminações cotidianas, que embora graves, continuam sendo naturalizadas.

Referências

1. MASSIGNAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.24, n. 3, p. 541-544, 2015.
2. CORRELL, J.; JUDD, C.; PARK, B.; WITTENBRINK, B. Measuring prejudice, stereotypes and discrimination. In: Dovidio JF, Hewstone M, Glick P, Esses VM, editors. *The Sage handbook of prejudice, stereotyping and discrimination*. London: SAGE; 2010. p. 45-62.
3. SOUZA, A. R. C. O direito à diferença: as ações afirmativas como mecanismo de inclusão social de mulheres, negros, homossexuais e pessoas portadoras de deficiência. *Arraes Editores*, e.3, p.15, 2005.
4. FATTORE, G. L. et al. Validade de constructo da estala Experiences of Discrimination em uma população brasileira. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 4, e00102415, 2016.
5. BASTOS, J. L.; GONÇALVES, H.; FAESTEIN, E.; BARROS, A. J. D. Experiências de discriminação entre universitários do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 28-38, Feb. 2010.
6. JAMES, S. A. The strangest of all encounters: racial and ethnic discrimination in US health care. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, supl. 1, e00104416, 2017.
7. GONZALES, K. L.; NOONAN, C.; GOINS, R. T.; HENDERSON, W. G.; BEALS, J.; MANSON, S. M.; ROUBIDEAUX, Y. Assessing the everyday discrimination scale among American Indians and Alaska natives. *Psychological Assessment*, v. 28, n. 1, p. 51-58, 2016.
8. MOLINA, K. M.; JACKSON, B.; RIVERA-OLMEDO, N. Discrimination, racial/ethnic identity, substance use among Latina/os: Are they gendered? *Annals of Behavioral Medicine*, v.50, n. 1, p. 119-129, 2016.
9. LEWIS, T. T. et al. Self-Reported Experiences of Discrimination and Cardiovascular Disease. *Current Cardiovascular Risk Reports*, v.8, n.1, p. 365-390, 2014.
10. CHOR, D. Health inequalities in Brasil: race matters. *Cad. Saúde Pública*, v.29, n.1, p. 1272-1275, 2013.
11. KRIEGER, N. et al. "Experiences of Discrimination: Validity and Reliability of a Self-report Measure for Population Health Research on Racism and Health". *Social Science & Medicine*, vol. 61, n. 7, p. 1576-

1596, 2005.

12. BERNARDO, C. O. Associação entre experiências discriminatórias e ganho de peso, circunferência da cintura e índice de massa corporal em adultos de Florianópolis, SC: Estudo de base populacional. Tese de Doutorado. Florianópolis. 2015.
13. FREITAS, D. F.; COIMBRA, S.; MARTURANO, E. M.; FONTAINE, A. M. Adaptação da Escala de Discriminação cotidiana para Jovens Portugueses. *Psychology/Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.28, n.4, p. 708-717, 2015.
14. BASTOS, J. L.; CELESTE, R. K.; FAESTEIN, E.; BARROS, A. J. D. Discriminação racial e saúde: uma revisão sistemática de escalas em foco em suas propriedades psicométricas. *Sau. & Trans. Soc.*, v.1, n.2, p.4-16, 2011.
15. BROAD, J.; MATHESON, M.; VERRALL, F.; TAYLOR, A. K.; ZAHRA, D.; ALLDRIDGE, L.; FEDER, G. Discrimination, harassment and non-reporting in UK medical education. *Med Educ*, v. 52, n. 4, p. 414-426, 2018.
16. BANDEIRA, L.; BATISTA, A. S. Preconceito e discriminação como expressões de violência. *Rev. de Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p.119-141, 2002.
17. SANTOS, D. B. R. Curso de branco: uma abordagem sobre o acesso e a permanência de estudantes de origem popular nos cursos de saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). *Rev. Contemporânea de Educação*, vol. 12, n. 23, p.31-50, 2017.
18. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA – INEP. MEC. Sinopses Estatísticas da Educação Superior: 1991-2012. Brasília: INEP, 2013. Disponível em <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas>. Acesso em: 08/01/2021.
19. RISTOFF, D. I. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. *Avaliação*, Campinas, SP, v. 19, p. 723-747, 2014.
20. KESSLER, R. C.; MICKELSON, K. D.; WILLIAMS, D. R. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *J Health Soc Behav*, v.40, n.3, p. 208-230, 1999.
21. WILLIAMS, D. R.; YU, Y.; JACKSON, J. S.; ANDERSON, N. B. Racial differences in physical and mental health: socio-economic status, stress and discrimination. *J Health Psychol*, v.2, n.3, p. 335-51, 1997.
22. UFMG. Ações afirmativas mudaram perfil discente de Medicina. Site UFMG, 2019. Disponível em <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/perfil-dos-alunos-de-medicina-mudou-nos-ultimos-10-anos>. Acesso em 08/01/2021.
23. SOUZA, P. G. A.; et al. Perfil Socioeconômico e Racial de Estudantes de Medicina em uma Universidade Pública no Rio de Janeiro. *Rev. bras. educ. med.*, v.44, n.3, p. e090, 2020.
24. ANDIFES. V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES - 2018. Brasília, 2019. Disponível em <http://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2019/05/V-Pesquisa-Nacional-de-Perfil-Socioecon%C3%B4mico-e-Cultural-dos-as-Graduandos-as-das-IFES-2018.pdf>. Acesso em 08/01/2021.
25. ZUNINO, L. M. R.; BASTOS, J. L. D.; COELHO, I. C.; MASSIGNAM, F. M. A discriminação no ambiente universitário: Quem, onde e porquê? *Sau. & Trans. Soc.*, v.6, n.1, p.013-30, 2016.
26. DAFLON, V. T.; CARVALHAES, F.; FERES JUNIOR, J. Sentindo na Pele: Percepções de Discriminação Cotidiana de Pretos e Pardos no Brasil. *Dados*, v. 60, n. 2, p. 293-330, 2017.
27. AVILA, R. C. Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Rev. bras. educ. med.*, v.38, n.1, p.142-149, 2014.
28. SANTOS, S.A. Gênero, orientação sexual, raça e classe: violências contra estudantes no campus de uma universidade federal. 1 ed. Jundiáí, São Paulo: Paco, 2019. 396p.
29. ABRAMOVAY, M. Juventude e sexualidade/ Miriam Abramovay, Mary Garcia Castro e Lorena Bernadete da Silva. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

30. FERREIRA, C. C.; FERREIRA, S. P. A. Vivências Escolares de Jovens Homossexuais Afeminados: Estratégias de Resistência e Permanência. *Tópicos Educacionais*, v.21, n.2, p. 103-138, 2015.
31. MODESTO, J. G.; et al. Racismo e Políticas Afirmativas: Evidências do Modelo da Discriminação Justificada. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 33, e3353, 2017.