

BIS

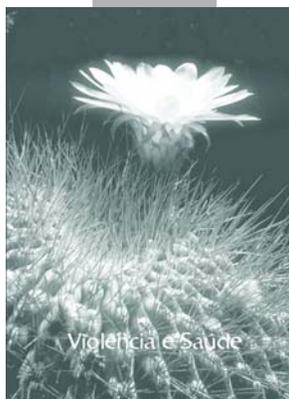
Boletim do Instituto de Saúde

nº 33 - Agosto 2004

ISSN 1809-7529



Violência em Saúde



BIS - Boletim do Instituto de Saúde

nº 33 - Agosto 2004 ISSN 1809-7529

Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde.

Tiragem: 2000 exemplares. R. Santo Antônio, 590

Bela Vista . Cep: 01314-000 São Paulo-SP

Tel: (11) 3293-2222/Fax: (11) 3105-2772.

E-mail: editora@isaude.sp.gov.br

homepage: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Secretário de Estado da Saúde - SP

Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenador dos Institutos de Pesquisa

Luiz Jacintho da Silva

Diretora do Instituto de Saúde

Maria Lúcia Rosa Stefanini

Expediente:

Editor: Wilza Vieira Villela

Editor assistente: Carlos Botazzo

Colaboradores com etapa de edição:

Maria de Lima Salum e Morais e Sandra M^a Greger Tavares

Editoração: Nelson Francisco Brandão

Apoio Logístico: Núcleo de Informática-IS

Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação-IS



Sumário

Editorial	3
Refletindo sobre os nexos entre violência e saúde	4
A polissemia do conceito de violência	7
O que é a violência, afinal, para cada um de nós?	10
Vigilância epidemiológica não é só para doenças infecciosas - a proposta do Estado de São Paulo para os acidentes e formas de violência	12
Violência sexual contra mulher: caso de vigilância epidemiológica?	15
Tratando-se de violência	18
O abuso sexual na interface entre a Saúde e a Lei	20
Mortes por homicídio em Itapeverica da Serra	23
Poder Público e a Violência: o trânsito, mais um desafio	26
Vivendo sob o domínio de outros: autonomia e independência dos portadores de deficiência	28
Descaminhos: Sexualidade e Prostituição	30
Violência contra a mulher em subgrupos sob exclusão social usuárias do Centro de Saúde Escola Barra Funda – Dr. Alexandre Vranjac	33
Masculinidades e Relações de Gênero: Capacitação para Guarda Civil Municipal de Diadema	34
Uma estratégia de proteção às mulheres vítimas de violência: as Casas Abrigo	36
Por que a FEBEM?	39
Mapeamento das Iniciativas de enfrentamento à violência no Estado de São Paulo ----	41
A vida aí fora (ou, há vida aí fora)	43

Editorial

Maria Lucia Stefanini*

Desde 2000 o Instituto de Saúde tem buscado, de forma sistemática, incorporar a reflexão sobre os nexos entre violência e saúde ao seu cotidiano de produção de conhecimento e qualificação de profissionais no campo da saúde coletiva.

Busca que se tem traduzido em diferentes atividades, como a realização do Primeiro Seminário “Violência e Saúde”, neste mesmo ano de 2000, voltado para construir, junto com profissionais da rede pública de saúde, alguns consensos a respeito das possíveis formas de abordar a violência no âmbito do seu trabalho; na implementação de projeto específico de pesquisa sobre o tema, em parceria com a Faculdade de Saúde Pública/USP e CVE/CIP (apoio da FAPESP, programa de Políticas Públicas, edital 2002) e ainda no estímulo a pesquisas sobre o tema a partir do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública – PPG-CIP, da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde, no qual participamos enquanto Área de Concentração em Saúde Coletiva.

Neste esforço, contamos também com a visita generosa da Professora Maria Cecília de Souza Minayo que, ao nos contar a história da constituição do CLAVES – Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde “Jorge Carelli” – trouxe-nos o alento necessário para prosseguirmos, com nossos colegas e parceiros, o diálogo exigido pela transversalidade com a qual a violência atravessa o campo da saúde coletiva.

A produção de um número do Boletim do Instituto de Saúde dedicado a discutir algumas das interfaces entre Violência e Saúde, portanto, não é uma surpresa. Ao contrário, poderíamos mesmo supor que este nos chega até com um certo atraso!

A este propósito, devemos situar a pesquisa do IBGE, recentemente divulgada, sobre o aumento da expectativa de vida dos brasileiros situada em 2003 próxima dos 72 anos. Mesmo assim, enquanto em 1990 para os maiores de 60 anos a sobrevivência era de 16 anos, em 2003 passou

para 20 anos. De acordo com os responsáveis pelo estudo, a expectativa média poderia ser maior se não houvesse número tão expressivo de mortes na faixa etária de 15 a 30 anos, de homens sobretudo, e por causas externas. Destas, os homicídios e os acidentes de trânsito ocupam lugar destacado. Decorrem destes eventos algumas conseqüências, entre as quais expressiva diminuição do número de homens na população economicamente ativa e a feminilização do estoque de idosos.

Estudos recentes têm indicado que mudanças positivas na cobertura dos serviços básicos, escolaridade e abastecimento de água contribuíram efetivamente para a redução da mortalidade infantil, em 2003 próxima de 26 óbitos por mil nascidos vivos. Ainda que este indicador coloque o Brasil num patamar nada invejável, quando comparado com indicadores internacionais, o fato é que na última década apresentou significativo declínio. A análise da distribuição deste agravo por classe social, etnia e renda, no entanto, é o próprio retrato das desigualdades sociais, vigente entre nós. São particularmente afetadas as crianças nascidas em famílias pobres e negras, em bolsões localizados nos grotões do Brasil mas também, e acima de tudo, nas regiões metropolitanas, as mais ricas deste País. Ou seja, num certo sentido o problema da desigualdade e da exclusão, tão fortemente marcadas pela alta mortalidade infantil até década de 1990, teria sido simplesmente postergado e “transferido” de uma faixa etária para outra.

Este número do BIS, como se verá nas reflexões apresentadas por Wilza V. Villela e Carlos Botazzo, sobre os nexos entre violência e saúde, põe em evidência as contradições da sociedade brasileira, numa ponta maravilhosamente generosa e acolhedora e na outra terrivelmente iníqua. Sem dúvida, o assunto não se esgota nem se imagina que se tenha feito mais que levantar a ponta do véu que encobre a “caixa preta” dos sociólogos e dos epidemiologistas. Esta é a nossa contribuição para o entendimento do problema e parte da solução.

* Nutricionista, Doutora em Saúde Pública, Diretora do Instituto de Saúde. Email: malu@isaude.sp.gov.br

Refletindo sobre os nexos entre violência e saúde

Desde 2000 o Instituto de Saúde tem buscado, de forma sistemática, incorporar a reflexão sobre os nexos entre violência e saúde ao seu cotidiano de produção de conhecimento e qualificação de profissionais no campo da saúde coletiva.

Busca que se tem traduzido em diferentes atividades, como a realização do Primeiro Seminário “Violência e Saúde”, neste mesmo ano de 2000, voltado para construir, junto com profissionais da rede pública de saúde, alguns consensos a respeito das possíveis formas de abordar a violência no âmbito do seu trabalho; na implementação de projeto específico de pesquisa sobre o tema, em parceria com a Faculdade de Saúde Pública/USP e CVE/CIP (apoio da FAPESP, programa de Políticas Públicas, edital 2002) e ainda no estímulo a pesquisas sobre o tema a partir do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública – PPG-CIP, da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde, no qual participamos enquanto Área de Concentração em Saúde Coletiva.

Neste esforço, contamos também com a visita generosa da Professora Maria Cecília de Souza Minayo que, ao nos contar a história da constituição do CLAVES – Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde “Jorge Carelli” – trouxe-nos o alento necessário para prosseguirmos, com nossos colegas e parceiros, o diálogo exigido pela transversalidade com a qual a violência atravessa o campo da saúde coletiva.

A produção de um número do Boletim do Instituto de Saúde dedicado a discutir algumas das interfaces entre Violência e Saúde, portanto, não é uma surpresa. Ao contrário, poderíamos mesmo supor que este nos chega até com um certo atraso!

A característica caleidoscópica da idéia de violência é um dos fios que nos conduziu na organização deste volume. De fato, sob o rótulo de *violência* pode-se falar de fenômenos tão díspares como o estupro, os acidentes de trânsito, homicídios ou ainda o cotidiano de profissionais de sexo, mulheres ou homens. Tanto quanto se pode falar sobre a forma como os serviços de saúde negligenciam o atendimento de pessoas portadoras de deficiências ou prestam atendimento diferenciado segundo a cor ou classe social do usuário. Em contrapartida, as ações de enfrentamento da violência também são múltiplas e polissêmicas, incluindo desde o aprimoramento dos sistemas de registro e notificação até ações de discriminação positiva, como atendimento específico em serviços, estruturação de abrigo temporário para quem está com a vida sob ameaça, ou mesmo a

criação de espaços de reflexão sobre a própria violência com agentes que atuam sob a marca da ambigüidade de perpetrarem a violência mesmo quando no desempenho da tarefa social de proteger os cidadãos.

Aqui cabem algumas reflexões, porque é importante deixar bem claro o que estamos falando. Como se verá adiante, é cada vez mais presente na vida contemporânea a afirmação da crença de que atos violentos podem ser imputados a caracteres individuais ou pessoais, algo da esfera do biológico, portanto, extensamente entendido como exacerbação de certa agressividade ancestral remanescente. Essa naturalização da violência elide questões de fundo que se acham articuladas aos modos como se concebe a vida em sociedade ou, mais exatamente, aparecem na filosofia política ao fim do século XIX como proposta de governança dos conflitos sociais. Em primeiro lugar, se deveria destacar o darwinismo social. O conceito de seleção natural, elaborado por Darwin, é adaptado de modo a explicar a dominação, seja entre nações seja de uma classe ou grupo sobre os demais, afirmando que a evolução das espécies continua no plano social, e que se instaura na sociedade uma luta pela sobrevivência, vencendo os mais aptos. Por este dispositivo doutrinário são explicadas as guerras e justificados todos os atos de vandalismo praticados seja pelas potências coloniais seja pelos dominantes de todos os matizes, do burguês sobre o operário, do mais forte sobre o mais fraco, do mais velho sobre o mais novo, do adulto sobre o ancião, do homem sobre a mulher etc. Desnaturalizar a violência, portanto, exige inicialmente que se a conceba sem essas piedosas contaminações. Em segundo lugar, deve-se levar em conta que a emergência da sociedade humana significou – e ainda significa – violentar a natureza. De fato, ao produzir a vida em sociedade o homem força a natureza a lhe entregar seus frutos e seus segredos. Sem que seja forçada a isso, isto é, sem que lhe cavem as entranhas e que sua energia seja domesticada, tanto quanto serão domesticados plantas e animais, não se poderia falar em vida social humana, o que extensamente quer dizer toda a cultura e toda a subjetividade a ela conexas. Mas exatamente pela cultura e por esta subjetividade extensa é que encontramos o ponto de ultrapassagem para a morte que o homem provoca nos outros seres vivos, como condição para que viva. É pela ritualização da caça e da coleta que primitivamente o homem se reconciliou com a natureza. Sem necessidade de acumular, mas devendo produzir a própria vida, o homem primitivo organiza essa relação atribuindo valores humanos aos animais que

abate e podendo com eles travar diálogos que são como que as justificativas para o gesto tresloucado que irá praticar. Para Joseph Campbell, os índios americanos tratavam todos os seres vivos chamando-os de “vós”, indicando a condição de “pessoa” e não de “coisa”. Era no diálogo travado entre seres vivos, portanto, que se processava a ritualização da continuidade da vida pela morte do outro. Já podemos perceber a abissal distância que nos separa destes povos: na nossa sociedade, tudo é tornado “coisa”, inclusive o próprio homem.

Cabe uma observação final. Os Estados Modernos se estruturam tendo por base o princípio do monopólio do uso da força, isto é, a do exercício a um só tempo público e burocrático desta violência primordial. Neste sentido, superam-se as estruturas antigas do direito patrício, essencialmente doméstico. Todas as naturalizações de que falamos antes se acham formidavelmente reproduzidas na nova ordem jurídica que emerge nas sociedades industriais capitalistas, e não é possível falar em violência se não se consideram as formas da violência estatal, formas todas institucionais e institucionalizadas (reformatórios, prisões, manicômios, legislação fabril, a dos usos e costumes, a distribuição do trabalho e da riqueza etc).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), a violência deve ser tomada como uma questão de saúde pelo fato de se constituir uma ameaça à vida. Para tanto, propõe que se submeta a violência aos mesmos procedimentos que devem ser aplicados aos demais agravos à saúde: sua descrição e análise, em termos de tempo, lugares, pessoas, frequência e intensidade, determinantes, sentidos e significados sociais. Devidamente descrita, os tipos semelhantes de violência deveriam se agrupados no sentido de estabelecer um sistema classificatório que, mais do que uma simples taxonomia, possibilitasse a formulação de estratégias de ação específicas, abrangentes e de impacto, visando a prevenção da violência e o adequado atendimento às suas vítimas. Coerentemente, a OMS também vai sugerir que estas estratégias sejam implementadas de forma “experimental”, com atividade de monitoramento e avaliação, de modo a possibilitar a sua análise e disseminação, quando for o caso.

Esta aparentemente simples proposição da OMS na verdade encobre imensos desafios, como, por exemplo, definir precisamente o que é a violência. Pode-se definir pela possibilidade de causar injúria, pelo resultado – dano comprovado – ou a intenção de causar dano já é suficiente para definir o ato como violento? Desta definição é crucial, para que se possa avançar, arrolar os tipos mais frequentes de violência e organizar algum sistema classificatório que agrupe violências assemelhadas. Aí, novo impasse: se a utilidade da classificação é possibilitar a maximização de ações que buscam reduzir a magnitude do problema, qual seria o melhor eixo classificatório? O agente, que nos permite a classificação de violência em *estrutural*, *institucional* e *interpessoal*, ou o contexto em que ocorre

a violência, que nos permitiria pensar a violência de gênero, a violência policial e a do sistema prisional, e outras situações em que a violência ocorre em configurações sócio-ideológicas específicas.

Definindo o eixo classificatório, teria ainda que ser enfrentado o desafio de discutir os determinantes de cada conjunto específico de violência, definir ações que pudessem incidir sobre os mesmos, e ainda estabelecer critérios fidedignos e comparáveis que permitam o monitoramento e a avaliação das iniciativas empreendidas.

Tendo clareza do tamanho do desafio proposto e, ao mesmo tempo, conscientes da urgência e necessidade de ampliar e aprofundar a discussão sobre *Violência e Saúde*, este Boletim se inicia com dois trabalhos conceituais, quais sejam: a revisão elaborada por Dráusio Camarnado Junior e Wilza Villela, doutorando e orientadora do PPG-CIP, das diferentes definições dadas à violência. O que chama atenção neste trabalho é que, a partir do grupamento das definições, fica evidente que diferem entre si basicamente pela forma como os autores vão interpretar o fenômeno, se enquanto um fenômeno da ordem do natural, ou da ordem do social, enquanto determinação e forma. Dialogando com esta postura, o trabalho de Hebe Signorini Gonçalves, do qual apresentamos uma breve resenha, vai sugerir, a partir de uma rica fundamentação teórica, que não existe violência *em si*. Alguns atos e fatos adquirem este sentido em função de um processo contínuo e dinâmico de atribuição de significado, mediado pela linguagem e pela cultura, no qual supostos autores e supostas vítimas participam ativamente.

O contraponto à problematização feita por Hebe vem na reflexão trazida por Maria Lúcia Bourroul e Marina Réa, respectivamente aluna e docente do PPG-CIP, que nos recordam que a magnitude da violência contra crianças exige o diálogo teoria/prática inspirando ações concretas e imediatas. Assim, seria papel do profissional de saúde implicar-se ativamente no processo de construção de sentido da violência contra crianças, de modo a dar maior visibilidade ao problema como *um problema de saúde e de justiça*.

Respondendo ao convite trazido pelas autoras, Vilma Pinheiro e Neuma Hidalgo, do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, nos apresenta a proposta de organização de um sistema de vigilância epidemiológica da violência no estado de São Paulo, que permitirá, quando implementado, que se conheçam dados de violência sexual. Segundo as autoras, um dos primeiros passos para que se possa enfrentar a violência é conhecer a sua magnitude. E trazer à luz a questão da violência sexual, mais que mensurar – ação por si só de fundamental importância – é possibilitar uma reflexão mais profunda sobre o lugar da sexualidade, os usos do corpo, as relações público/ privado e o espaço da família, questões que aparecem em diferentes pautas de discussão. É também apontar para a necessária abordagem

interdisciplinar que o tema da violência requer, o que será mais explicitado nos artigos de Suzana Kalckmann e Jefferson Drezzet. No primeiro destes, Suzana, pesquisadora do Instituto de Saúde, compila dados de violência sexual no estado de São Paulo, mostrando a necessidade de se juntar os sistemas de registros da saúde e segurança pública, sem o qual não se logra obter uma melhor aproximação ao problema. Indo na mesma direção, Jefferson, médico do Hospital Estadual Leonor Mendes de Barros, mostra as dificuldades tanto do sistema judiciário quanto do sistema de saúde, cada qual em função do seu aparato conceitual e tecnológico, para dar conta do problema da violência sexual, em especial contra adolescentes, e convida os operadores da saúde e do direito a dialogar mais, ponderando que esta é uma dívida da sociedade para com as jovens.

Considerando que a violência assume contornos específicos em função de realidades específicas, razão pela qual deve ser estudada (descrita, analisada) de modo particular, Raquel Zaicaner e Fernando Lefèvre, doutoranda e orientador da Faculdade de Saúde Pública, enfrentam o desafio de abordar uma das feições mais duras da violência – o homicídio – compilando e discutindo dados sobre este evento em Itapeverica da Serra, município da região da Grande São Paulo. Na mesma perspectiva de quantificar e dar visibilidade a um problema a partir da sua magnitude, Luíza S. Heimann e demais pesquisadores do Núcleo de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Instituto de Saúde traçam um perfil dos óbitos por acidentes de trânsito, mostrando a importância de termos políticas públicas intersetoriais capazes de minimizar este problema.

Eliane Chagas e Carlos Botazzo, aluna e docente do PPG-CIP, lembram que existem formas de violência com as quais convivemos sem que as reconheçamos como tal, e assim as perpetuamos, ilustrando o seu ponto de vista com a reflexão sobre o modo ambíguo como são tratadas as pessoas portadoras de deficiência pela sociedade, pelos familiares e até pelos serviços de saúde que, ao se excederem no zelo e no cuidado, acabam por transformar o deficiente em incapaz, deflagrando um insidioso processo de exclusão social – outra modalidade de violência comum nas sociedades – contra esta população.

Também na perspectiva de mostrar uma dimensão da violência muitas vezes invisibilizada ou naturalizada, Luciene Jimenez, psicóloga do CRT/AIDS de Diadema conta um pouco do cotidiano de profissionais do sexo e a vulnerabilidade deste segmento social, construída a partir das contradições sociais a respeito do exercício da sexualidade e do amor por homens e por mulheres.

A violência contra profissionais do sexo é também referida no trabalho de Marta C. Andrade, do Centro de Saúde Escola da Barra Funda, no qual, ao lado de mensurar e mostrar graus diferentes de violências a que são expostas mulheres sob diferentes tipos de exclusão, a

autora faz um convite para a implementação de ações de discriminação positiva em unidades de saúde, experiência de enfrentamento da violência levada a cabo, com êxito, naquela unidade.

Sérgio Barbosa, filósofo e educador social do Centro de Educação para a saúde, também é um dos autores que comparece nesta publicação para nos mostrar que é possível enfrentar a violência pelo caminho da sua resignificação. Do trabalho realizado com policiais civis da cidade de Diadema, São Paulo, Sérgio nos conta que é possível fazer com que homens comumente considerados como violentos reflitam sobre as questões de violência e masculinidade, violência como reforço da masculinidade ameaçada, e ainda a relação entre a violência vivida e exercida nos espaços públicos e na vida privada.

Tematizando também uma possível estratégia de enfrentamento da violência contra mulheres, Paula Prates, assistente de pesquisa no Instituto de Saúde descreve o cotidiano das casas abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica, deixando algumas interrogações que merecem ser aprofundadas.

A partir de dados coletados no âmbito do projeto “Contribuições do setor saúde para o enfrentamento da violência no Estado de São Paulo” (CIP/FSP/IS – FAPESP), Wilza Villela e Josiane Ribeiro descrevem algumas das experiências desenvolvidas nos serviços de saúde para dar conta da epidemia de violência e as dificuldades dos serviços de ampliar este eixo de atuação.

Como contraponto ao trabalho que se tenta desenvolver no âmbito da saúde, Glayds R. Piccequillo do Grupo Tortura Nunca Mais, apresenta uma análise do trabalho realizado na FEBEM que mostra o quanto ainda vamos ter de caminhar para realmente preservarmos a vida e a dignidade dos nossos jovens, condição básica para qualquer sociedade ou país que queira reduzir a violência.

Finalizamos este número com crônica de Carlos Botazzo, do Núcleo de Investigação em Cidadania e Saúde do IS, onde, ao relatar um passeio de domingo, a visão da pobreza e a constatação do cotidiano de violência em que estão mergulhados os moradores das periferias das nossas metrópoles, nos convida a repensar a violência nossa de cada dia, infiltrada em gestos, palavras e ambiência, a qual, por horror ou desconforto, deixamos de perceber. Sem qualquer nostalgia ou pessimismo, Botazzo nos sugere que comecemos a enfrentar a violência a partir do olhar mais atento para nós e para os outros.

Boa leitura!

Wilza Vieira Villela
Carlos Botazzo
Editores

A polissemia do conceito de violência

Dráusio Vicente Camarnado Junior*, Wilza Vieira Villela**

Introdução

A violência tem recentemente ocupado a atenção dos estudiosos da saúde, em função do seu potencial de ameaça à vida. Segundo Agudelo (1990),

“a violência representa um grande risco para a realização do processo vital humano, pois ela ameaça a vida, altera a saúde, produz doenças e provoca a morte, como realidade ou como possibilidade.”

Sua compreensão exige o reconhecimento de que se trata de um fenômeno mundial, histórico e multifatorial, enredado às questões macrossociais e estruturais, gerando embates e controvérsias entre os variados campos do saber e fazendo emergir a polissemia de repertórios quando dos discursos concernentes ao tema.

Diversos autores têm se debruçado na investigação da violência, gerando uma diversidade de conceituações, o que aponta para a sua complexidade bem como sua permanência e transformação histórico-social.

Odalía (1983), afirma que: *o viver em sociedade foi sempre um viver violento. Por mais que recuemos no tempo, a violência está sempre presente, ela sempre aparece em suas várias faces.* O autor faz referências aos nossos ancestrais – os homínídeos – que para sobreviver suprimam suas debilidades físicas construindo artefatos de defesa e ataque. Diante de um mundo hostil, foi a capacidade de produzir violência, numa escala até então desconhecida pelos outros animais, que garantiu a sobrevivência dos nossos ancestrais. Porém, ao pensar o homem que vive em sociedades complexas e diferenciadas, Odalía (1983), assinala que a violência ganha contornos diferentes:

(...) ela não se exercita simplesmente como uma defesa para a sobrevivência; ela se delinea diferentemente, recobre-se de formas sutis. (...) ela de alguma forma se enriquece para ser uma decorrência da maneira pela qual o homem passa a organizar sua vida em comum com outros homens.

Corbisier (1991), ao discorrer sobre as raízes da violência, argumenta que o ser humano começa onde o animal acaba, mas nem por isso deixa de ser também animal, embora racional. Ao tomar a racionalidade como diferença que o distingue, o autor não assume que o ser

humano seja sempre racional ou comporte-se racionalmente. O homem pode comportar-se racionalmente, mas tal comportamento não é necessário, e sim depende de sua liberdade:

(...) o homem não é apenas razão, porque, se fosse razão pura, comportar-se-ia sempre racionalmente, e a história não seria o que tem sido, história de crimes, massacres, torturas, guerra etc. (CORBISIER, 1991, p.6)

Michaud (1989), ao tratar do tema, procurou explorar em dicionários os sentidos da violência e a sua etimologia. Deparou-se com dois aspectos: um elemento de força física, identificável por seus efeitos, e outro de transgressão, vinculado ao dano a uma ordem normativa. O autor comenta que como dano físico, a violência é facilmente identificável; porém, como violação de normas, quase qualquer coisa pode ser considerada uma violência. Salienta que alguns autores procuram defini-la de forma objetiva, levando em conta apenas os fatos e atos de violência com contornos e efeitos definidos, ignorando estados de violência mais insidiosos. Embora admitindo a dificuldade em definir violência, procura apresentar uma definição que contemple tanto os estados quanto os atos de violência:

Há violência quando, numa situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais (Michaud, 1989: 10-11).

Rifiotis (1998), assinala que a violência é uma construção social ambígua, cujo significado social está sempre em mudança. O autor, quando trata do fenômeno, não se refere apenas às realidades concretas mas a um sistema de classificação e de significação que orienta a percepção das pessoas sobre o fenômeno:

“Quando procuramos circunscrever o campo semântico da palavra violência, deparamo-nos com um jogo de linguagens onde diferentes tipos de fenômenos são aproximados, enredados numa teia discursiva cuja amplitude equivale a uma visão de

* Psicólogo, doutorando do Programa de Pós Graduação em Infecções e Saúde Pública da CIP. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

** Doutora em Medicina Preventiva. Pesquisadora do Núcleo de Investigação em Cidadania e Saúde, Instituto de Saúde.

mundo. Assim, aquilo que chamamos de violência recobre fenômenos muito diferentes que não podem ser reduzidos ao crime e à violência institucional.”

Ainda, conforme Minayo e Souza (1999),

“(…) é muito difícil conceituar a violência, principalmente por ser ela, por vezes, uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural; por vezes uma resultante das interações sociais; por vezes ainda, um componente cultural naturalizado. “(p.10)

Embora apontem para a dificuldade de conceituação, Minayo e Souza (1998), assumem que violência pode ser concebida

“como o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais, e ou espirituais a si próprio ou a outros.” (p.514)

Arendt (2001) argumenta que a violência possui um caráter instrumental, ou seja, é um meio que necessita de orientação e justificação dos fins que persegue. A autora afirma que a violência destrói o poder, não o cria. Deste modo, caracteriza a violência como instrumental, diferenciando-a do poder. Poder, em síntese seria a capacidade de agir em conjunto, em concerto, nunca é propriedade de um indivíduo, pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo se mantém unido. Diferencia ainda, de vigor, que é algo da ordem do singular, como no caso do vigor físico de um indivíduo, da força, que seria a energia liberada por movimentos físicos ou sociais e da autoridade – o reconhecimento inquestionado que não requer nem coerção nem persuasão, e que não é destruído pela violência, mas pelo desprezo.

“(…) a violência multiplica, com os instrumentos que a tecnologia fornece de maneira cada vez mais exponencial, o vigor individual. Por isso a forma extrema de violência é o um contra todos. E esta nunca é possível sem instrumentos(…) (Arendt, 2001, p. 32-7)”.

Já para Denisov (1986), violência é um conceito multifacetado em função de suas características externas - quantitativas - e internas - qualitativas - encontrando sua expressão concreta no fato de que indivíduos, grupos, classes e instituições empregam diferentes formas, métodos e meios de coerção e aniquilamento direto ou indireto (econômico, político, jurídico, militar) contra os indivíduos, grupos, classes e instituições, com finalidade de conquistar ou reter o poder, conquistar ou preservar independência, obter direitos ou privilégios.

Domenach (1981), argumenta que a violência está inscrita nas relações sociais, não podendo ser considerada apenas como uma força exterior se impondo aos

indivíduos e às coletividades, havendo desta forma, uma dialética entre vítimas e algozes.

Bock, Furtado e Teixeira (1999) com base na psicanálise procuram compreender a violência como o uso **desejado** [grifo dos autores] - consciente ou inconsciente - da agressividade, com fins destrutivos. Afirmam que a agressividade é constitutiva do ser humano e, ao mesmo tempo, afirmam a importância da cultura e da vida social, como reguladora dos impulsos destrutivos. Essa função controladora ocorre no processo de socialização, no qual espera-se que, a partir do estabelecimento de vínculos significativos, o indivíduo passe a internalizar os controles, deixando de ser necessário, portanto, o controle externo, embora em todos os grupos sociais existam mecanismos de controle e/ou punição dos comportamentos agressivos. Assim, seria necessário compreender como a organização social estimula, legitima e mantém algumas modalidades de violência.

Chauí, (1984) ao discorrer sobre a violência procura defini-la como uma *realização determinada das relações de força, tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais*. Argumenta que:

*(…) em lugar de tomarmos a violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, podemos considerá-la sob dois outros ângulos. Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, **como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa** [grifos nossos]. Essa se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência. (Chauí, 1984, p.35)*

Diante da polissemia que o conceito de violência encerra, tem sido proposto pensar-se a violência a partir de três dimensões (Vilela, 2000):

a **violência estrutural** [grifos nossos], onde o sujeito é destituído dos seus direitos em função do modo particular como se estrutura uma dada sociedade. Alguns dos vetores da violência estrutural são: a pobreza, a desigualdade, o racismo, o sexismo e a intolerância, **a violência institucional** [grifos nossos], que se explicita na reprodução, pelas instituições, dos processos de exclusão social que têm por base a violência estrutural, e **a violência intencional** [grifos nossos], onde voluntariamente um sujeito perpetra a sujeição do outro.(Vilela, 2000, p.22)

Estes autores, compartilham da valorização dos aspectos sociais e históricos na compreensão da violência, opondo-se à postura dos sócio-biólogos que a explicam como um fenômeno inerente à natureza biológica humana, como Lorenz (1979), que estuda a agressividade como um componente da violência, concebendo-a como pertencente à ordem dos instintos e, como tal, exercendo uma função positiva na adaptação e na evolução da espécie. Argumenta que no nível filogenético o instinto agressivo tende a estruturar as relações sociais fazendo-as evoluir para o intercâmbio e a comunicação: é um instinto de vida que organiza as relações dos seres vivos por meio de seus confrontos.

Ainda com relação aos aspectos biológicos na gênese da violência, Connell (2001), no seminário 1 sobre *Homens e Violência*, rebate a argumentações de autores que buscam naturalizar a violência masculina baseados em explicações genéticas e humorais, sobretudo a especificidade do papel da testosterona que tornaria o "cérebro masculino" um locus privilegiado para a agressividade e a violência. Como salienta o autor, estes argumentos só servem para reforçar a idéia de uma "masculinidade natural", sendo utilizados como desculpa à violência dos homens. Ao se posicionar deste modo, Connell não desconsidera a influência dos aspectos biológicos, mesmo porque a violência possui uma dimensão físico-corporal. Porém, o argumento central do autor é que as diferenças reprodutivas entre homens e mulheres, isoladamente, não causam violência e que o processo social e a conduta individual estão sempre envolvidos. Para entendermos a permanência dos envoltimentos específicos dos homens em situações de violência, é necessário olharmos as diferentes situações sociais nas quais homens e mulheres são colocados nas sociedades.

Diante da diversidade de posicionamentos teóricos, divergentes em alguns aspectos, convergentes em tantos outros, impõe-se a necessidade de interpretarmos a violência em suas várias faces, fundamentalmente apoiados na interdisciplinaridade. Para finalizar, nos valem do que Boulding (1981:267), assinala: *as crueldades mais apavorantes se articulam com a violência escondida e naturalizada no cotidiano.*

Referências bibliográficas

AGUDELO, S. F. La violencia: un problema de salud publica que se agrava en la región. *Boletín Epidemiológico de la OPS* 11: 01-07, 1990.

ARENDETT, H. *Sobre a Violência*. 3 ed. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 2001.

BOULDING, E. Las mujeres y la violencia social, p. 265-279. In *La violencia y sus Causas*. Unesco, Paris, 1981.

BOCK, AMB., FURTADO, O.; TEIXEIRA, MLT. Agressividade e violência: o enfoque psicológico In: *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. Saraiva, 13 ed., São Paulo, 1999.

CONNELL, RI. Austrália, 2001. Texto disponível na Internet: http://www.un-instraw.org/es/research/mensroles/vss/vss_1_3.html

CORBISIER, R. Raízes da violência Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1991.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: *Perspectivas antropológicas da mulher*, n.04. Rio de Janeiro, Zahar, 1984.

DENISOV, V. *Violencia Social: Ideologia y Politica*. Editorial Progreso, Moscou, 1986.

DOMENACH, J.M. La violencia, p. 33-45. In: *La violencia y sus Causas*. Unesco, Paris, 1981.

LORENZ, K. *A agressão: uma história natural do mal*. 2 ed., Moraes, Lisboa, 1979.

MINAYO, MCSS; SOUZA, ER. Violência e Saúde como um Campo Interdisciplinar e de Ação Coletiva. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, p. 513-531, nov. 1998 - Fev. 1998.

É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n. 1, p. 7-23, 1999.

MICHAUD, Y. *A violência*. São Paulo. Ática, 1989.

ODALIA, N. *O que é violência*. São Paulo. Brasiliense 2 ed. 1983.

RIFIOTIS, T. Dilemas éticos no campo da violência. *Comunicação & Educação*, (13): 26-32, set./dez., 1998

VILLELA, WV. Primeiro seminário saúde e violência: experiências e propostas. *Boletim do Instituto de Saúde*, n. 25, p. 22-23, dez. 2000.



O que é a violência, afinal, para cada um de nós?

Wilza Villela*

Embora pareça que existe consenso quando falamos de violência, um aprofundamento do diálogo logo mostra que não é assim. A possibilidade de deixar marcas no corpo, a ocorrência em espaços públicos ou privados, a intensidade do ato e ainda o tipo de relação que envolve os participantes são aspectos que contribuem para que alguns atos sejam mais facilmente identificados como violentos, outros não, como é o caso do assédio moral, do assédio sexual ou do abuso psicológico, que não deixam marcas no corpo da vítima, sempre permitem uma contestação por parte dos autores e nem sempre são percebidos como atos de violência.

O mesmo pode ser dito das diferentes formas de violência doméstica. Famílias que se relacionam por meio de gritos e ofensas, considerando que estes eventuais ou rotineiros excessos são autorizados pela intimidade que a coabitação ou a consangüineidade confere, não necessariamente se consideram, ou são consideradas, como “famílias violentas”. Palmadas e castigos costumam fazer parte do arsenal pedagógico de muitas famílias em relação às crianças, sem que sejam considerados expressões de violência, a não ser que extrapolem certos limites, como a produção de lesões ou a falta de justificativa em alguma transgressão efetivamente cometida contra a criança.

A interpretação de certos atos como violentos ou abusivos fica mais delicada ainda quando se considera a questão sexual, excluindo-se o estupro e o atentado violento ao pudor, atos bem delimitados que, com unanimidade, as sociedades ocidentais rejeitam. Qual o limite para as carícias de pais, mães, tios ou irmãos, em corpos de jovens ou crianças? O eventual desejo ou prazer que tais carícias podem provocar tem a ver com uma intenção libidinosa do autor, ou com a excitabilidade dos corpos? Se um jovem ou uma jovem em algum momento experimenta prazer em perceber que excita o outro – adulto – deixa de ser vítima e passa a ser conivente com um eventual abuso sexual?

Podemos afirmar que a idéia de violência é uma construção social como, de resto, qualquer outro fenômeno que adquire sentido no mundo humano, por meio de processos de significação marcados pela história, pela cultura e pela linguagem. Isto quer dizer que a violência não é um fato em si. Atos a que hoje atribuímos o sentido de violência, talvez não tenham o mesmo sentido e significado em outras culturas e tempos históricos. O suicídio entre os samurais ou o infanticídio na Antiga Grécia são exemplos clássicos desta afirmativa.

Vivemos um momento de intensa produção em torno da idéia de violência e, talvez seja simplista afirmar que isto se dá porque, de fato, temos nos tornado mais violentos. Mais prudente seria afirmar que, ao lado de um tipo particular de banalização da vida humana, representada pelas contínuas guerras e a sofisticação tecnológica dos instrumentos que lhe dão suporte, existe também um correlato movimento de luta por direitos, por parte de diferentes grupos, incluindo os de sobrevivência. A idéia de “violência” surge na contraface da idéia de “direitos”, ou seja, é tomado como violência qualquer forma de negação de algum deles.

O que é erigido como direito não é um conjunto de regras fixas e imutáveis, e sim conjuntos de acordos provisórios estabelecidos em contextos de confrontos e negociações políticas. O mesmo pode ser dito em relação ao que é considerado como violência.

Deste modo, ao se falar de produção social da violência, não se estaria tão somente falando dos condicionantes sociais que facilitaríamos a ocorrência de atos violentos, mas sim que a própria idéia de violência seria produzida, reproduzida, formada e transformada no dia a dia das pessoas.

A crescente e acelerada produção de desejos, uma das marcas da global sociedade de mercado, traz, como correlato, a crescente e acelerada produção de frustrações e uma pressa no viver que produz a descartabilidade de tudo o que se apresenta como problema ou dificuldade. Ao tempo em que um desejo é satisfeito, são produzidas mais dez outros sonhos e possibilidades, de modo que a satisfação de um desejo deve ser algo a ser obtido rápida e facilmente, liberando o sujeito o mais rápido possível para a busca de satisfação dos novos desejos que se produziram, num frenético contínuo. Este ritmo produziria um padrão de relação entre os humanos marcado pela necessidade de satisfação imediata do desejo individual, em que pese a eventual dor, desconforto e até prejuízos maiores que tal atitude possa provocar no outro.

Este padrão de relação, fortemente individualizado e de frágil vinculação ao outro, tomado no geral ou em algumas das suas manifestações específicas, tem sido chamado de violência, embora algumas vezes também seja apontado como *causa* da violência. Neste caso, o critério para que um ato ou fato seja considerado violento

* Doutora em Medicina Preventiva. Pesquisadora do Núcleo de Investigação em Cidadania e Saúde, Instituto de Saúde.

seria o seu potencial, realizado ou não, de produzir dano, mesmo que de forma involuntária. Considere-se, mais uma vez, que também a idéia de “dano” é uma produção, sujeita a redescrições e redefinições em função de contextos específicos.

A perspectiva da violência como uma construção social e a utilização desta perspectiva na reflexão sobre a violência contra crianças, é o mote inspirador do livro *Infância e Violência no Brasil*, de Hebe Signorini Gonçalves. Produzido a partir de sua tese de Doutorado, concluída em 2001 na PUC/RJ, o trabalho expressa as inquietações suscitadas na autora ao longo do seu trabalho com crianças vítimas de violência e seus familiares junto a uma equipe de profissionais no Instituto de Puericultura Martagão Gesteira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Apoiada em uma extensa bibliografia, Hebe dialoga com um rico material empírico, obtido a partir de 30 entrevistas realizadas com mães em serviços de pediatria de diferentes unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro, motivada por sua preocupação com “uma certa dissonância entre a produção da ciência sobre a questão da violência contra a criança e a reação de muitos pais, mães e crianças...”. (GONÇALVES, 2003) Dois eixos orientam sua busca de um entendimento da violência contra crianças que extrapole a naturalização dos fatos, quer pela atribuição de uma suposta “índole má” ao autor da violência, quer pela afirmação de que desde sempre as crianças têm sido objeto de crueldades perpetradas por adultos. Um primeiro admite que

“restringir seu (da violência) sentido à irracionalidade e à intenção destrutiva (...) não contribui para reduzir a violência, mas apenas para justificar a exclusão dos seus autores...” (idem)

No segundo eixo, o espaço doméstico é assumido não como caixa de ressonância do social, e sim como um lugar organicamente articulado a ele, no caso com o sentido de proteção. Assim, o primeiro eixo permite perceber a racionalidade das formas de disciplinamento doméstico que muitas vezes implicam castigos corporais, praticados e exercidos sem violência, segundo as mães entrevistadas, mas como parte da sua tarefa educativa e de proteção da criança contra os perigos e violências que ocorrem na rua. O segundo eixo ilumina a idéia de que o espaço público é vivenciado como muito ameaçador, violento e sem um mínimo de ordem ou regulação. Sem capacidade de influir nos espaços públicos visando a redução da violência e uma maior segurança, as famílias se esmerariam em produzir cidadãos dignos, respeitáveis e respeitosos a partir da educação doméstica, mesmo que para isso fosse necessário o recurso a meios mais duros.

De fato, todos os entrevistados se declaravam bastante preocupados com a necessidade de proteger os filhos

das violências que existem no mundo, sobre o que não têm controle nem se sentem protegidos pelo poder público. Ao mesmo tempo demonstram haver uma certa hierarquia entre os castigos corporais que distingue os atos educativos dos violentos. Hierarquia na qual estão presentes a força e o local do corpo onde se bate, a justificativa, um “equilíbrio” entre o delito e o castigo e ainda a idéia de que é para o bem. No dizer de muitas entrevistadas, “quem apanhou em criança não bate nos filhos”, mostrando que quem se sentiu maltratado, quando criança, sente as conseqüências disto até hoje e não quer reproduzir com os filhos. Vale ressaltar que esta afirmativa não é confirmada pelas estatísticas de maus-tratos na infância, que mostram que alguns padrões de violência familiar tendem a se repetir nas gerações.

O trabalho de Hebe, ao desvelar os diferentes sentidos que tem assumido a violência contra a criança ao longo da história e segundo diferentes atores sociais, reconhece que existe um processo mais amplo de produção de violências e de transformação das relações público/privado, em que todos, autores ou vítimas, são tomados de surpresa e perplexidade, muitas vezes sentindo-se também vitimizados e violentados. Em especial pelo fato de que a maior parte das entrevistadas foram mulheres, o que corresponde ao fato de que as principais autoras de violência e maus tratos contra crianças são mulheres, pela sua função de cuidadora. Esta dimensão de gênero, bem como a circularidade de algumas situações, onde a mulher é vítima de violência por parte do parceiro e autora na relação com os filhos, não é explorada no volume, que, de resto, tomou como objeto a problemática da produção dos sentidos da violência, e não a reprodução de atos considerados violentos na esfera familiar.

Ouvir os envolvidos em episódios de violência, entendendo as razões que levaram cada um a ocupar um determinado lugar – de vítima ou de autor – pode ser um meio de conferir novos sentidos à violência, fazendo com que autores e vítimas de violência possam não se perpetuar nestes lugares, aprisionantes para ambos.

Referência bibliográfica:

GONÇALVES H.S. *Infância e Violência no Brasil*. Rio de Janeiro; FAPERJ/ NAU Editora, 2003, 331p.



Vigilância epidemiológica não é só para doenças infecciosas - a proposta do Estado de São Paulo para os acidentes e formas de violência

Vilma Pinheiro Gawryszewski e Neuma Hidalgo¹

Os acidentes e as formas de violência (também chamados de causas externas) são a segunda causa de morte para a população geral desde a década de 80. A comparação dos dados brasileiros com os de outros países é preocupante, uma vez que em dois relatórios, publicados recentemente pela Organização Mundial da Saúde sobre o tema, o Brasil ocupou o terceiro lugar entre os países do mundo, tanto em relação às taxas de homicídio quanto às de acidentes de trânsito (KRUG, DAHLBERG, MERCY, ZWI, LOZANO, 2002; MARGIE PEDEN ET AL, 2004).

Esse problema torna-se particularmente mais grave nos grandes centros urbanos brasileiros. Os dados de mortalidade por essas causas, para o estado de São Paulo, mostram que o crescimento verificado nas últimas décadas é maior que o observado para a população brasileira como um todo. Em 2002, representaram 15,3% do total de mortes por causa determinada, ocupando o terceiro lugar entre as causas de morte para a população geral, sendo superadas apenas pelas doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Entretanto, em algumas regionais de saúde do estado, estas causas já ocupam o segundo lugar. (GAWRYSZEWSKI, HIDALGO, 2002).

Entre os diferentes tipos de causas externas, os homicídios são a principal causa de morte, o que contrasta com os dados dos países considerados socioeconomicamente mais desenvolvidos que têm, de um modo geral, sua estrutura de mortes violentas composta principalmente pelos componentes não intencionais (UNITED NATIONS, 1999). Sem dúvida, este é um problema complexo que transcende o setor saúde, podendo estar relacionado com algumas das características do mundo contemporâneo, tais como a globalização, a fragilização do Estado, as transformações no modelo econômico que caminharam com o desemprego e desigualdade social, com o rico e poderoso comércio ilegal de armas de fogo, o tráfico de drogas e a impunidade, entre outros. Em razão dessa inerente complexidade, mortes violentas constituem-se num tema desafiador para o setor saúde. Pela sua magnitude, constitui-se numa questão urgente, tornando inadiável a busca de soluções que devem se dar em conjunto com outros setores.

As políticas públicas

Estas causas determinam uma carga de sofrimento não somente aos indivíduos atingidos mas também às famílias, amigos e toda a sociedade, tendo se tornado

um dos problemas que mais mobiliza a opinião pública na atualidade. Decorrente dos dados estatísticos e da demanda social, a questão da prevenção das causas externas começa a ocupar espaço na agenda da saúde, tanto em nível federal quanto estadual. Entre as políticas públicas para o seu enfrentamento se destacam a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* e o manual para a *Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*, ambos editados pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2001, 2002)

No estado de São Paulo, no final de 2002, um decreto assinado pelo Governador do Estado instituiu um Sistema de Vigilância Epidemiológica para os Acidentes e Violências em todo o Estado, o SEVIV, que estabelece as diretrizes para a implantação de um sistema de informações nessa área, voltadas para subsidiar a elaboração de políticas públicas para a sua prevenção (SÃO PAULO, 2002).

“Vigilância é um meio de compreender um problema de saúde” (WHO, 2000)

Conforme Minayo e Souza (1999):

Para aplicação do conceito de prevenção, no caso da violência é importante saber quais são as questões que estão em pauta para determinada sociedade, os grupos prioritários para atuação e quais seriam as melhores estratégias de atuação.

De maneira similar a qualquer outro agravo a saúde, o estabelecimento de estratégias de prevenção encontra-se diretamente relacionado com a existência de bons sistemas de informações.

Apesar da sua importância para a saúde pública, um projeto para a prevenção da violência não ocupa ainda um lugar de destaque nessa área. Talvez devido a sua complexidade, verifica-se uma certa paralisia na sua abordagem. As doenças infecciosas contam com programas bem estruturados baseados em um sistema de vigilância epidemiológica implantado há um longo tempo. O papel do setor de saúde na prevenção da violência ainda é uma questão a ser discutida repetidas vezes.

¹ Grupo de Prevenção aos Acidentes e Violência, Centro de Vigilância Epidemiológica, SES-SP

O conhecimento científico atual, porém mostra que as causas externas podem ser previsíveis e, portanto, passíveis de prevenção. Tanto os acidentes não são frutos do azar como as formas de violência não são fatalidades inevitáveis. Por certo que experiências de intervenção implementadas a partir de um conhecimento científico do problema tem maiores chances de sucesso. Por isso, similar a qualquer outro agravo à saúde, é preciso estabelecer sistemas de informação para o acompanhamento da magnitude do problema, identificação de grupos e fatores de risco prioritários para ações, eleição dos tipos de causas mais importantes e estabelecimento de mecanismos de avaliação.

O estabelecimento de um sistema de vigilância epidemiológica, entendido como um instrumento para a coleta, análise e interpretação de dados específicos para ser utilizado no planejamento, avaliação e execução da prática de saúde pública, vem sendo proposto nos últimos anos para as causas externas pelos organismos internacionais (Organização Mundial da Saúde e Organização Pan Americana de Saúde)(GAWRYSZESWKI, SILVA, WALDMAN, 2004; OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996) e nacionais de saúde (Ministério da Saúde)(BRASIL, 2001). É um dos instrumentos da saúde pública mais consagrados e conhecidos em nível mundial, principalmente devido à campanha de erradicação da varíola, nas décadas de 60 e 70 (WALDMAN, MELLO JORGE, 1999).

Certamente, para as causas externas, tal sistema deve ter aspectos específicos que o diferenciem do modelo para as doenças infecciosas. Entre eles, encontra-se a inexistência de medidas profiláticas a serem conduzidas para proteger os comunicantes e impedir o surgimento de novos casos, visto que para a maioria desses agravos não devem ser elaborados programas de controle individual, mas voltados para os grupos populacionais expostos ao risco. Exceção feita aos agravos específicos, tais como os maus tratos contra a criança e o adolescente e a violência sexual, que determinam medidas de proteção imediatas.

Dentro dessa compreensão do problema, no final de 2003 foi estabelecido um Grupo Técnico para a Prevenção dos Acidentes e Violências no Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que, a partir da análise da situação epidemiológica do estado e dos recursos disponíveis (humanos e materiais) no momento estabeleceu algumas atividades prioritárias a serem desenvolvidas em 2004. Essas atividades são: o monitoramento das informações de mortalidade por causas externas, o estímulo à notificação dos maus tratos contra a criança e o adolescente e a ampliação do atendimento às vítimas de violência sexual.

Monitoramento das informações de mortalidade por causas externas

No estado de São Paulo, o número de vítimas fatais e não fatais é considerável. As taxas de mortalidade são

altas. Em 2002, foram 33.504 os mortos e 179.387 as vítimas que foram internadas no Sistema Único de Saúde em decorrência de acidentes e formas de violência. O coeficiente de mortalidade chegou a 90,6/100.000 habitantes, sendo o sexo masculino o mais atingido (o risco de um homem morrer vítima de violências é 5,3 vezes maior que uma pessoa do sexo oposto) (GAWRYSZEWSKI, HIDALGO., 2002). Desse modo, o passo inicial do sistema de vigilância é o acompanhamento dos dados de mortalidade por meio dos sistemas de informações já existentes. O banco de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), considerado de boa qualidade, é disponibilizado pela Fundação SEADE através de convênio estabelecido com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. A proposta é o monitoramento sistemático dessas informações ao nível mais desagregado possível.

Para tornar essas análises mais úteis para as finalidades de prevenção, é importante identificar os diferentes perfis de causas e grupos de risco segundo os diversos municípios. Com a finalidade de permitir que as vigilâncias regionais possam fazer a análise epidemiológica e interpretação dessas informações no nível mais desagregado possível (por municípios), o grupo técnico estadual propõe disponibilizar esse banco de dados, considerando como atividade fundamental promover o apoio e o treinamento necessários para que as vigilâncias regionais possam analisar adequadamente esses bancos.

Entende-se que este é o primeiro passo da implantação de um sistema de vigilância de causas externas nas regionais, de acordo com o modelo Stepwise preconizado pela Organização Mundial da Saúde (GAWRYSZESWKI, SILVA, WALDMAN).

Tornar visível um problema invisível - estimulando a notificação de maus tratos contra as crianças e adolescentes:

A violência contra crianças no Brasil assume várias faces e nuances, podendo ser individual (maus tratos, negligência, entre outros) ou coletiva (miséria, exclusão). Para a área da saúde, a violência contra a infância está representada em toda ação ou omissão capaz de provocar ou que tenha muita probabilidade de causar lesões, danos e transtornos ao desenvolvimento integral da criança. O profissional de saúde encontra-se numa posição especial para ajudar aqueles que estão sob risco, uma vez que os serviços de saúde se constituem num locus privilegiado para o diagnóstico e o acolhimento da criança vitimizada.

Desse modo, o manual disponibilizado pelo Ministério da Saúde constituiu-se num documento importante para respaldar as ações dos profissionais de saúde, que por vezes viam-se impotentes frente aos maus tratos contra as crianças. Considerando ainda que esta notificação é prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, e é Lei no estado de São Paulo desde 2001, foi estabelecida como uma das tarefas fundamentais a ser desenvolvida

pelo grupo técnico estimular essa notificação e auxiliar a organização dos serviços que realizam esse atendimento.

A violência sexual

A questão da violência contra a mulher, doméstica ou sexual, é um problema que, cada vez mais, vêm sendo discutido no mundo inteiro. Considerando os recursos atualmente disponíveis, foi estabelecido que a prioridade de trabalho nesse primeiro momento, deveria estar dirigida para uma das formas mais graves da violência contra a mulher que é a agressão sexual.

A violência sexual é um fenômeno global que ocorre em todas as culturas, níveis sociais e em todos os países. Dados de estudos locais indicam que em alguns países uma em cada cinco mulheres sofreram violência sexual ou tentativa por parte de um parceiro durante a sua vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Embora a vasta maioria das afetadas sejam mulheres, esse fenômeno também ocorre entre homens e crianças de ambos os sexos. Por isso, a violência sexual pode ser vista não somente como um problema global do ponto de vista geográfico, mas também do ponto de vista do sexo e idade. Esse tipo de violência tem um grande impacto sobre a vida e a saúde das pessoas. As conseqüências para a saúde podem ser numerosas, desde a gravidez indesejada até a ocorrência de doenças sexualmente transmitidas. As conseqüências emocionais podem durar a vida toda. Vítimas de abuso sexual têm maior probabilidade de sofrer de depressão, desordens pós-traumáticas e de efetivar tentativas de suicídios durante a vida adulta que indivíduos que não vivenciaram situações de abuso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

O papel da área da saúde no atendimento dessas vítimas é fundamental na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e no fornecimento de suporte psicológico. Dentro disso, a proposta é contribuir para a ampliação dos serviços que realizam esse atendimento, bem como promover a integração dos serviços já existentes em uma rede de suporte e atendimento. Além disso, pretende-se estabelecer, junto com esses serviços, definições e normas técnicas de orientação do atendimento e do preenchimento de fichas de atendimento uniformizadas, que permitam o acompanhamento fidedigno das informações acerca desses eventos, preenchendo uma lacuna de conhecimento nessa questão.

Considerações finais

Além das mortes que acarreta, a violência afeta a sociedade de uma forma ainda não bem avaliada. Fazer com que esse tema seja considerado como principal na discussão das políticas de saúde é uma tarefa para este início do terceiro milênio. São muitas as mortes e incalculáveis os prejuízos na qualidade de vida da

população.

Entendendo que entre as contribuições da saúde pública são fundamentais as seguintes: enfatizar a prevenção da violência antes que ela ocorra; produzir conhecimento de forma integral e continua de modo a identificar políticas e programas que possam ser efetivo; e promover a integração dos esforços das diversas disciplinas, instituições, organizações e comunidades, esperando que o trabalho proposto possa subsidiar a implantação de políticas públicas para a sua prevenção e controle. Tais políticas devem ser concretas, viáveis, e discutidas com o conjunto da sociedade.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*: Portaria MS/GM no. 737 de 16/05/01 publicada no DOU no. 96 seção 1E, de 18/05/01/ Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.
- GAWRYSZEWSKI VP, HIDALGO N. Mortes por causas externas no Estado de São Paulo, ano 2002. *BEPA, Boletim Epidemiológico Paulista*. Janeiro 2004 1 (1):3-5. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/informacoes_saude/bepa/html/bepa_apresentacao.html.
- GAWRYSZEWSKI VP, SILVA LJ, WALDMAN EA. *Manual de vigilância das lesões*. Secretaria de Estado da Saúde, 2004. Disponível em www.cve.saude.sp.gov.br.
- KRUG E, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R, editors. *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
- MARGIE PEDEN et al. *World report on road traffic injury prevention*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.
- MINAYO MCS & SOUZA ER. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (1):7-32, 1999.
- OPS - Organización Panamericana de la Salud. *Vigilancia epidemiológica de homicidios y suicidios*. *Bol. Oficina Sanit. Panam.* 120 (4), 1996.
- SÃO PAULO, Estado. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. DECRETO N.º 47.171, de 1º de outubro de 2002.
- WALDMAN EA, Mello Jorge MHP. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (1):71-79, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines for medical-legal care for victims of sexual violence*. Geneva, World Health Organization, 2004.
- UNITED NATIONS. *Demographic yearbook-1998*. New York, 1999.

Violência sexual contra mulher: caso de vigilância epidemiológica?

Suzana Kalckmann¹

*“Mais que o corpo, a violência machuca a alma,
destrói os sonhos e acaba com a dignidade da mulher”.*

Marília Gabriela

Introdução

Apesar dos avanços sociais conquistados pelas mulheres nas últimas décadas, ainda persistem na sociedade relações desiguais entre os sexos, que têm sua expressão máxima na violência sexual contra a mulher.

Historicamente, à violência sexual somam-se outras formas de violação dos direitos das mulheres, como a violência doméstica, a diferença de remuneração em relação aos homens, a injusta distribuição de renda, o tratamento inadequado recebido nos serviços de saúde, o assédio sexual no local de trabalho e outras. Essas discriminações e sua invisibilidade agravam os efeitos da violência física, sexual e psicológica contra a mulher.

A violência sexual, em particular o estupro, atinge preferencialmente meninas, adolescentes e mulheres jovens. Os estudos sobre o tema indicam que a maior parte da violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado. Menos de 10% dos casos chegam às delegacias (BRASIL, 1999).

No Brasil o estupro é definido como crime por “constranger a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”, artigo 213 do Código Penal. Segundo a legislação brasileira a “conjunção carnal” restringe-se ao coito vaginal, limitando-o à mulher.

Quaisquer outras situações diferentes da penetração vaginal são consideradas como “atentado violento ao pudor”, definido pelo artigo 214: “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com eles se pratique ato libidinoso da conjunção carnal”.

Na literatura é difícil discriminar as diversas formas de violência sexual contra mulheres. Se os dados são relativos a vítimas atendidas em serviços especializados, os casos de estupro são analisados em conjunto com os de atentado violento ao pudor. Se eles são provenientes de registros em delegacias ou de boletins de ocorrência, as informações são analisadas separadamente. Em alguns trabalhos as duas formas são analisadas em conjunto.

Estudos mostram que poucas são as mulheres vítimas de violência que procuram ajuda das autoridades. A maioria busca algum tipo de ajuda junto à família ou

amigas/os ou silencia, por razões como medo de represálias, preocupação com os filhos, dependência econômica, falta de apoio da família e dos amigos e esperança de que a situação de violência venha a ter um fim. Existe também o risco de re-vitimização, ou seja, quem sofreu uma violência sexual tem um risco relativo de 2.96 de sofrer novo agravo (SMITH, WHITE, HOLLAND, 2003).

Outro aspecto que deve ser considerado é o risco aumentado para contrair alguma doença sexualmente transmissível, inclusive Aids, entre as vítimas de violência sexual. Menick e Ngoh (2003) identificaram que entre 71 crianças vítimas de violência sexual atendidas nos New Bell District Hospital e Laquintine Hospital 24 (37,5%) se tornaram soropositivas para o HIV após o abuso sexual com penetração

No Brasil

Os estudos nacionais são basicamente de três naturezas: análise de informações oriundas das Delegacias da Mulher, perfis das mulheres violentadas, por serviço de atendimento específico e discussões sobre o tema em publicações feministas e não há informações consolidadas sobre a real magnitude do problema no país.

Acredita-se que apenas uma pequena parcela de mulheres registre queixas de violência sexual, especialmente quando ela ocorre na esfera doméstica, embora nos últimos anos esteja havendo um esforço para que as mulheres vítimas de violência procurem serviços especializados e façam denúncia do agravo.

Segundo a Secretaria Nacional de Segurança Pública cerca de 13 mulheres são estupradas por dia. Considerando apenas as capitais do Brasil, em 2001 foram registrados 4715 casos. São Paulo é a capital com o maior número de estupros, 1.261; o Rio de Janeiro fica em segundo lugar, com 434 casos e Brasília em terceiro, com 397.

Esses dados, contudo, não levam em conta a população da cidade. A maior taxa de estupros por 100

¹ Médica, pesquisadora do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde

mil habitantes foi registrada em Porto Velho (40,9), seguida por Macapá (39,9) e Boa Vista (34,1). A pesquisa do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) junto às 254 Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres (DEAM) mostra que, durante o ano de 1999, foram registradas 4697 queixas de estupro e 1242 tentativas de estupro. Vale informar que no Brasil estão em funcionamento 307 DEAMs, sendo 125 delas localizadas no Estado de São Paulo, portanto esses dados apresentados não podem ser interpretados como do total do Brasil.

Apesar de alto, o número de notificações não reflete a situação de violência contra as mulheres no Brasil, pois não estão computados os crimes denunciados nas delegacias comuns. Além disso, 53,2% das DEAMs afirmam não dispor de policiais especializados no trato da violência contra as mulheres, 46,2% informam a falta de estrutura física adequada e 61,8% reclamam da falta de informação a respeito da prática adotada por elas, tais deficiências provavelmente interferem no atendimento (www.delegaciadamulher.blogspot.com.br)

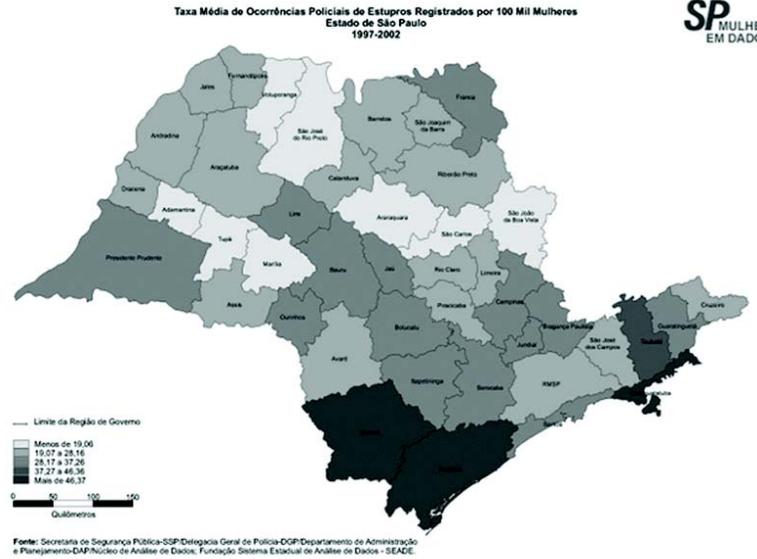
Apesar desta precariedade a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) do Distrito Federal registrou, em média, 60 casos de violência sexual por mês no período entre 1996 e 1997. Em primeiro lugar aparecem as queixas de estupro, seguidas de atentado ao pudor e de tentativas de estupro. A maior parte dos estupros registrados pela DEAM foi cometida por desconhecidos (57,7%, contra 42,3% de estupros cometidos por pessoas conhecidas das vítimas). Em 1995, a Secretaria de Segurança Pública do Rio de Janeiro contabilizou 1,5 estupro diário de meninas.

Andrade (2001) realizou a análise de 117 fichas de atendimento de mulheres vítimas de violência sexual no Hospital de Clínicas de Curitiba, a idade variou de 5 a 22 anos de idade, sendo a média de 13,1 anos. O autor chama atenção para o fato de que mais da metade das mulheres buscou o serviço de saúde passadas 72 horas ou mais da agressão, o que reduz o êxito das medidas de prevenção da gravidez e das DST/Aids.

No estado de São Paulo

A Fundação Seade (Sistema Estadual de Análise de Dados) realizou o levantamento dos casos de estupro no estado referente ao período de 1997 a 2002, revelando que apenas 50,7% dos estupros registrados nas Delegacias da Mulher se tornam processo. O levantamento do Seade não leva em conta a subnotificação (www.seade.gov.br).

Segundo Penteado (2003), no ano de 2002, foram registrados no Estado de São Paulo 3.883 casos de estupro dos quais apenas 1913 (49,3%) se tornaram inquérito policial e foram investigados. No município de São Paulo foram 1219 registros, dos quais 412 (33,8%) resultaram em inquérito policial, ou seja, 66,2% dos casos



de estupro registrados no município de São Paulo não passaram do boletim de ocorrência.

Para policiais que atuam na área e especialistas, a diferença entre as ocorrências e os inquéritos abertos é explicada pela legislação penal - que estipula que a investigação de crimes sexuais só prossegue se a mulher representar contra o agressor, diferentemente de crimes como homicídio e roubo, nos quais a abertura de inquérito

Estupros					
Número e Taxas de Ocorrências Policiais e Número de Inquéritos Policiais de Estupros Registrados nos Distritos Policiais (DP) e Delegacias de Defesa da Mulher (DDM) do Estado de São Paulo, Regiões Administrativas e Municípios - 1997 a 2002.					
Anos	Ocorrências registradas nos DP e DDM	Inquéritos policiais instaurados nos DP e DDM Consumado	Taxa de ocorrências registradas nos DP e DDM por 100 mil mulheres	Ocorrências policiais registradas nas DDM	Inquéritos policiais instaurados nas DDM
1997	3811	1865	21,37	1807	836
1998	3977	1845	21,88	1859	811
1999	4048	1968	21,85	1834	843
2000	3952	1820	20,95	1887	802
2001	3858	1855	20,13	1855	865
2002	3883	1913	19,96	1906	877

Fonte: Secretaria da Segurança Pública - SSP/Delegacia Geral de Polícia - DGP/Departamento de Administração e Planejamento - DAP/Núcleo de Análise de Dados; Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE.

é automática - e pela não-colaboração da vítima (que não retorna ao distrito policial para evitar constrangimentos). A morosidade da polícia e da justiça contribuem para que as vítimas desistam do processo.

Drezett (2000) analisando o prontuário de 1189 vítimas de estupro e/ou atentado violento ao pudor atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher, São Paulo, no

período de julho de 1994 e agosto de 1999, concluiu que o estupro predominou entre as adultas (62,1%) e adolescentes (59,2%) e o atentado violento ao pudor entre crianças (46,5%). O crime sexual ocorreu durante atividades cotidianas em espaços públicos, nas adolescentes (78,2%) e adultas (82,9%) e em espaços privados nas crianças (70,5%). O autor não relata quantas dessas vítimas deram entrada de queixa junto às Delegacias.

O atendimento a mulheres que sofreram violência sexual nos serviços de saúde representa apenas uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência. A oferta desses serviços, entretanto, permite a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada.

Recomendações

Tem havido mudanças importantes na sociedade brasileira que tornam possível a adoção de medidas adequadas para vigilância epidemiológica da violência sexual contra a mulher. Segundo Faúndes e colaboradores, nos últimos 5 anos, o número de serviços especializados passou de 4 para 63, dos quais 40 realizam o aborto previsto por lei.

No município de São Paulo são atualmente 14 serviços implantados, e com registro de informações sobre atendimento a partir de maio de 2003. Há também uma importante rede de Organizações Não Governamentais que têm atuado de forma a tornar o problema visível. É importante informar que aprovada a lei 10.778 em 24 de novembro de 2003 estabelecendo a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher que forem atendidos nos serviços de saúde.

Assim temos fatores positivos para que uma proposta de vigilância epidemiológica da violência sexual tenha a aderência desejada. No entanto, é fundamental um esforço para que haja maior integração entre os diferentes serviços que fazem o atendimento às vítimas. É constrangedor e desgastante que a mulher, após ser atendida nos centros especializados da saúde, passando por exame clínico e respondendo a muitas perguntas, tenha que ir a uma delegacia fazer o boletim de ocorrência, repetindo toda a história. Isso sem falar na necessidade de passar por nova avaliação no Instituto Médico Legal.

O enfrentamento da violência exige uma integração real e efetiva entre os diferentes setores da sociedade: saúde, segurança pública, justiça, trabalho e sociedade civil organizada.

Referência Bibliográficas

ANDRADE, R.P. Características Demográficas e Intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v.23 n.9, Rio de Janeiro. 2001.

FAÚNDES, A; LEOCÁDIO, E; ANDALAF, J, Making legal abortion accessible in Brazil. *Reprod. Health Matters*; 10(19):120-7, 2002.

FERREIRA, J.D. *Estudo de fatores relacionados com violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas.* Tese apresentada ao curso de Pós graduação do Centro de Referência da Saúde da Mulher e Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil para obtenção do título de Doutor em Medicina. São Paulo. 2000. Disponível em www.lpas.org.br/rhamas/tese.html.

MENICK DM e NGOH F. Seroprevalence of HIV infection in sexually abused children in Cameroon. *Med Trop (Mars)*, 63(2):155-8. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes - Normas Técnica.(20p). 1999.

PENTEADO, G. 50,7% dos estupros nem são investigados. *Folha de São Paulo* (on line). São Paulo, 24/11/ 2003.

SMITH PH, WHITE JW, HOLLAND LJ, A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. *Am J Public Health*; 93(7):1104-9, 2003.

VARGAS, J.D. Familiares ou desconhecidos? A relação entre os protagonistas do estupro no fluxo do Sistema de Justiça. *Rev. bras. Ci. Soc.* v.14 n.40, 1999.



Tratando-se de violência

Maria Lúcia de Moraes Bourroul*
Marina Ferreira Réa**

O termo violência pode ser definido, de uma forma simples, como constrangimento físico ou moral, uso de força ou coação. No entanto, na prática, trata-se de um fenômeno de conceituação complexa, variando muito segundo valores culturais vigentes num determinado período da história de uma população.

Para a Saúde, a violência pode ser classificada em acidentes e violências (BRASIL, 2001). O acidente é o evento não intencional e evitável causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como trabalho, trânsito, escola, esportes e lazer. A violência é o evento representado por ações realizadas por indivíduos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais ou espirituais a si próprio ou a outrem. Na Classificação Internacional das Doenças (OMS, 1995), tais agravos, que podem ou não levar à morte, são agrupados sob a denominação de causas externas.

Mello Jorge (2003), analisando os dados de mortalidade do Brasil, no período de 1979 a 2000, evidencia o incremento da violência entre nós. Em 1979, as causas externas representavam 9,2% das causas de óbito. Em 2000, as causas externas corresponderam a 12,5% das causas de óbito. Neste período, a proporção de homicídios passou de 17,2% para 38,4%, a de suicídios manteve-se entre 5% e 6% e os acidentes de trânsito e de transporte oscilaram entre 25% e 30%. Crianças e adolescentes não estão sendo poupados: em 2000, a faixa etária compreendida entre 0 e 19 anos contribuiu com 18,6% dos óbitos por causas externas no Brasil.

A análise das causas básicas de óbito do município de São Paulo, em 2003 (PRO-AIM, 2004), reforça a importância das causas externas entre crianças e adolescentes. Os acidentes são a segunda causa de óbito na faixa de 1 a 4 anos, tornando-se a primeira causa entre os 5 e 9 anos, voltando a ocupar o segundo lugar nas faixas de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, período em que os homicídios se tornam a primeira causa de óbito.

As mortes ocorridas por causas externas revelam a gravidade da violência e constituem um indicador social das condições de vida da população. No entanto, a questão da violência poderia ser melhor dimensionada se também dispuséssemos dos dados da morbidade gerada por ela, limitando transitória ou definitivamente a qualidade de vida das vítimas não fatais. Grande parte

dos registros de morbidade por causas externas se limita à descrição das lesões causadas; não se encontram as ações ou os fatos que determinaram tais lesões, o que impede avaliações adequadas. Ao mesmo tempo, observa-se, nas últimas décadas, uma maior abrangência do entendimento do termo, nomeando-se como violência acontecimentos que passavam anteriormente como práticas privadas de regulação social, como a violência intra-familiar contra as mulheres e as crianças, a violência simbólica contra grupos, categorias sociais ou etnias.

Segundo Minayo (1994; 2001), um grande passo na garantia de proteção à infância e à adolescência foi dado em 1988, no texto da atual Constituição Brasileira que reconheceu, no seu artigo 227, esse grupo societário como sujeitos de direito, modificando a legislação anterior que considerava meninos e meninas como propriedade de seus pais. Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) regulamentou a Constituição e passou a ter força de lei, criando as pré-condições para que meninos e meninas fossem criados de forma mais saudável e respeitosa. O ECA tem formulação muito clara sobre o papel do setor saúde e do setor educacional, tratando-os como esferas públicas privilegiadas de proteção, que recebem incumbências específicas: identificar e notificar a situação de maus tratos e buscar formas e parceiros para proteger a vítima e dar apoio à família.

Na clínica de pediatria, quando a suspeita de maus tratos não é levantada, o diagnóstico pode estar incompleto, comprometendo a conduta terapêutica. Quando não se detecta a violência, a criança é mantida exposta a riscos e a conseqüências potencialmente mais sérias. A intervenção externa é fundamental para romper o ciclo da violência. A atitude de suspeitar é o primeiro passo para a realização do diagnóstico diferencial; caso não seja possível um diagnóstico imediato, o acompanhamento da criança permite a efetivação de um diagnóstico mais seguro.

Reconhecer a violência como uma manifestação humana é fundamental. Dadoun (1998) identifica a violência em vários momentos da história da humanidade: no Gênesis, nos extermínios, nos atos terroristas, ao mesmo tempo, no processo evolutivo de cada indivíduo

* Preceptora de Pediatria do HU de São Paulo; mestranda do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública, CIP, área de concentração em Saúde Coletiva

** Pesquisadora-científica do Instituto de Saúde; professora do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública

(nascimento, infância, adolescência, sexualidade, racionalidade, educação, medo e morte) e nas relações interpessoais (cumplicidade, submissão, poder e política). Aponta o *homo violens* como ser fundante do homem e reconhece que “tratar a violência é tratar com a violência”.

Entender a saúde e a violência como processos sociais, política e historicamente construídos (ou determinados), com certeza extrapola o modelo biomédico, hegemônico, acrítico e reprodutor das classes dominantes (SCHRAIBER, 1989).

A compreensão e abordagem da violência, assim como das doenças vinculadas às condições precárias de vida, pressupõe a necessidade de mudanças sociais abrangentes. A residência médica, apesar de bastante limitada, deve retomar a oportunidade de inserir e responsabilizar o pediatra na sociedade como ator e co-autor da realidade na perspectiva da interdisciplinaridade (NUNES, 1999).

Há muito o que fazer. A ética deve ser o norteador, a complementaridade das ações é o caminho a ser percorrido e, talvez, o compromisso com a qualidade do que já vem sendo feito possa ser o princípio.

Referências bibliográficas

- DADOUN, R. . *A violência: ensaio a cerca do Homo Violens*. Coleção Enfoques - Filosofia. Rio de Janeiro. Editora Disel, 1998.
- MELLO JORGE, M. H.; CASCÃO, M.; SILVA, R. C. *Acidentes e violências: um guia prático para o aprimoramento da qualidade de sua informação*. Centro da OMS para Classificação de Doenças em

Português (FSP – USP) (MS) – Série Divulgação nº100. São Paulo, 2003.

MINAYO MCS, Assis SG. Saúde e violência na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, v.70. no.5, 1994: 263-6.

MINAYO MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão da saúde. *Brás. Saúde Materno-infantil*; 1(2), maio-ago.2001:91 –102.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência. Brasília, DF. 2001 (série E. Legislação de Saúde nº 8).

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*. Brasília. DF. 2003.

NUNES ED. A opção pela carreira médica. In: Sobre a Sociologia da Saúde. São Paulo. Hucitec. 1999: 173 – 208.

NUNES ED. Uma experiência de ensino. In: Sobre a Sociologia da Saúde. São Paulo. Hucitec. 1999: 209-34.

OMS – *Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo, CBCD, 1995.

SÃO PAULO (cidade). PRO-AIM. *Programa de Aprimoramento de Informações de Mortalidade – CEINFO*.

SCHRAIBER, L. B. *Educação Médica e Capitalismo – um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista*. São Paulo – Rio de Janeiro. Hucitec – Abrasco, 1989.



O abuso sexual na interface entre a Saúde e a Lei¹

Jefferson Drezett²; Lia Junqueira³; Irene Pires Antonio⁴; Fabricia Silva Campos, Marina Cartaxo Patriota Leal, Renata Iannetta⁵.

Introdução

A violência contra a mulher atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher estabelece como violência todo ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada ⁽¹⁾.

A violência sexual constitui uma das mais amargas expressões da violência de gênero e uma brutal violação de direitos humanos e de direitos sexuais e reprodutivos. Soma-se a esses conceitos a perspectiva da violência sexual como problema de saúde pública ⁽²⁾. De fato, acumulam-se evidências de que a violência representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre a população jovem. Enquanto os homicídios ocorrem em espaços públicos, envolvendo principalmente o sexo masculino, a violência sexual atinge as mulheres no espaço privado e doméstico ⁽³⁾.

O abuso sexual acomete cerca de 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo. Nos EUA, calcula-se que ocorra uma violação sexual a cada 6 minutos e que cerca de 25% das mulheres tenha experimentado algum tipo de contato sexual não consentido durante a infância ou adolescência ^(2,3). O National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center relata que 683 mil mulheres são estupradas anualmente nos EUA. Estima-se que 200 mil crianças americanas sofra abuso sexual a cada ano, segundo o National Center for the Abused and Neglected Child. Mas é durante o período da adolescência que o risco da violência sexual se assevera, chegando a ser quatro vezes maior do que o risco dos demais grupos etários ⁽⁴⁾.

A fundamentação da violência sexual como problema de saúde pública não se faz somente pela magnitude das estatísticas, mas considera os agravos para a saúde da mulher. O impacto do abuso sexual para a saúde sexual e reprodutiva decorre das conseqüências dos traumatismos físicos, das seqüelas das doenças sexualmente transmissíveis (DST), da morbidade da infecção pelo HIV e da complexidade da situação de gravidez decorrente do abuso sexual. Além disso, agregam-se danos psicológicos que produzem efeitos intensos e devastadores, por vezes irreparáveis para a saúde mental e para a re-inserção social da vítima ^(2,3).

A exata prevalência do abuso sexual e de suas conseqüências ainda é desconhecida. A falta de

mecanismos eficientes de notificação e registro soma-se ao fato de que a maioria das mulheres não revela o ocorrido para as autoridades competentes. Ameaça, vergonha ou humilhação são fatores decisivos para ocultar a violência sexual sofrida. O problema da subnotificação se agrava quando o agressor é conhecido pela vítima, como ocorre no abuso sexual intrafamiliar na infância ou adolescência. Nesses casos, o perpetrador se vale de sua posição privilegiada no núcleo familiar, da autoridade e do temor reverencial de que é investido para garantir que o abuso permaneça crônico e oculto por longo período, mecanismo conhecido por “conspiração do silêncio” ou “pacto do silêncio” ⁽⁶⁾.

As vítimas da violência sexual terminam, freqüentemente, isoladas e invisibilizadas, distantes de seus direitos constitucionais de proteção à saúde e acesso à justiça. Parte da resistência em revelar o ocorrido também se deve a baixa expectativa da vítima em relação aos resultados da Justiça. Além de temer a condução do interrogatório policial e do exame pericial, há o constrangimento em confrontar o agressor no tribunal e o risco de ter sua história desqualificada ou desacreditada. Da mesma forma que muitas mulheres desistem de procurar reparação na Justiça, parte expressiva delas desconhece os riscos físicos e emocionais da violência sexual, não recorrendo aos provedores de saúde. Quando o fazem, podem encontrar dificuldades em conseguir cuidados apropriados ou em acessar serviços especializados ^(1,7).

Apesar disso, a violência sexual vem sendo crescentemente remetida à área da saúde. Várias políticas públicas atuais incorporam protocolos de atenção imediata que normatizam a anticoncepção de emergência e a profilaxia das DST/HIV. Promovem o acompanhamento interdisciplinar, o tratamento e a reabilitação dos danos causados pela violência, incluindo-se a garantia de

¹ Adaptado do Artigo “Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos”, vencedor do I Prêmio Científico Saúde Feminina, promovido pela Farmoquímica, durante o 9º Congresso de Ginecologia e Obstetrícia da SOGESP, agosto de 2004, e publicado pela revista “Adolescência e Saúde”.

² Ginecologista. Preceptor da Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. Membro do Centro de Referência da Criança e do Adolescente, São Paulo.

³ Advogada. Coordenadora do Centro de Referência da Criança e do Adolescente, Ordem dos Advogados do Brasil, São Paulo.

⁴ Psicóloga. Ex-Membro do Centro de Referência da Criança e do Adolescente, Ordem dos Advogados do Brasil, São Paulo.

⁵ Médicas Residentes em Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo

interrupção legal da gravidez ⁽³⁾. No entanto, não se observa igual desenvolvimento nas relações colaborativas entre os setores da saúde e do direito. Os profissionais de saúde, em geral, temem por se envolver com questões legais ou policiais e resistem em comunicar as ocorrências de que têm conhecimento. Eles pouco se apercebem da importância de seu papel na promoção da justiça, oferecendo escassa atenção aos dispositivos previstos pela lei. Além disso, quando solicitados a prestar informações para a justiça, como por meio de relatórios, freqüentemente o fazem de forma inconsistente ou evasiva. Os operadores do direito, por sua vez, pouco conhecem sobre os dados epidemiológicos obtidos nos serviços de saúde e informações fundamentais para compreender os mecanismos da violência sexual. Sem elas, o exame pericial termina excessivamente valorizado e como única informação sobre os efeitos da violência sobre a saúde da mulher ⁽⁷⁾.

No Brasil, os delitos sexuais são classificados como crimes contra os costumes e, considerados de ação privada. Assim, depende da iniciativa da vítima a abertura do processo criminal, exceto em algumas condições, como quando o delito é cometido com abuso do poder familiar ou quando resulta em morte da mulher ⁽⁹⁾. Apesar da consagração no cotidiano dos serviços de saúde de termos como *violência*, *agressão* ou *abuso sexual*, a deontologia médica e a lei penal especificam como *estupro* o constrangimento da mulher ao coito vaginal, mediante violência ou grave ameaça. Entende-se por *violência* o uso de força física capaz de impedir a resistência da vítima e, por *grave ameaça*, a promessa de efetuar malefício suficiente para intimidar alguma reação. O *atentado violento ao pudor* (AVP) é caracterizado por submeter pessoas de ambos os sexos, mediante os mesmos mecanismos de intimidação, a quaisquer atos sexuais diferentes da penetração vaginal. Mesmo sem o uso da força física ou da ameaça, algumas situações igualmente caracterizam o estupro e o AVP. Essa condição, definida pelo artigo 224 do Código Penal como *violência presumida*, inclui as ocorrências entre pessoas menores de 14 anos ou deficientes mentais em qualquer idade, mesmo que ocorra “consentimento”. Também se aplica para as pessoas que não podem, por qualquer outra causa, oferecer resistência ⁽⁹⁾.

Dados extraídos do IML de São Paulo verificam que o estupro constitui cerca de 60% das queixas de crime sexual e o AVP quase 18% ⁽¹⁰⁾. Indicadores semelhantes foram encontrados em amostra de Boletins de Ocorrência Policial, com 54% de casos de estupro e 16% de AVP ⁽¹¹⁾.

A importância do tipo de crime sexual não reserva apenas interesse forense, mas revela riscos que podem ser críticos para a aquisição de DST e do HIV. A exemplo, a taxa de infectividade do HIV em relação heterossexual vaginal, consentida e única, varia de 0,08 a 0,2%. Se o coito for anal, eleva-se para 0,1 a 0,3% ⁽¹¹⁾.

A intimidação psicológica e a violência presumida são formas de constrangimento que explicam a pequena

ocorrência de traumatismos físicos. O uso da força física como único instrumento (8%) faz com que os danos genitais não excedam os 5% e que os extragenitais pouco superem os 10% ⁽¹²⁾. No entanto, cabe salientar que sua ocorrência potencializa os riscos de infecção pelas DST e pelo HIV, além da morbimortalidade que produzem ⁽¹¹⁾. Na perspectiva da justiça, embora o constrangimento seja decisivo para qualificar o crime sexual, persiste a equivocada exigência de provas materiais do abuso. Nesse sentido, a baixa prevalência de danos físicos frustra a expectativa dos operadores do direito que, muitas vezes, interpretam sua ausência como falsa alegação de crime sexual ^(6,13,14).

A violência presumida também influencia a cronicidade do abuso sexual. Atribui-se a ela um perverso mecanismo que impede a denúncia. O silêncio da criança ou da adolescente é conseguido por meio de tratamento preferencial, coerção ou pelo temor reverencial ⁽¹³⁾. O abuso repetido eleva sobremaneira a exposição ao risco das DST, HIV e gestação. Tratando-se de incesto, resulta em danos emocionais ainda mais complexos, que se refletem em alarmantes taxas de tentativa de suicídio ^(4,11).

Os resultados encontrados sobre tipo de crime, constrangimento e cronicidade do abuso sexual não podem ser devidamente entendidos se descontextualizados da questão do agressor. Muitas investigações sustentam que o perpetrador é conhecido e próximo da vítima, com taxas variando entre 50 e 70%. Esses números podem ser ainda maiores se a vítima for adolescente ou criança ^(1,4,13). Apesar de causar perplexidade, a literatura assegura que os agressores mais freqüentes são, exatamente, os mesmos que deveriam ser, em tese, os principais responsáveis por garantir segurança e desenvolvimento integral para a criança ou adolescente ^(1,13). De fato, a literatura descreve o abuso sexual na adolescência como fenômeno notadamente intrafamiliar ^(2,4). Esse conceito ainda não está incorporado devidamente por provedores de saúde e operadores da justiça, que relutam em acreditar na possibilidade de situação tão nefasta. Ao contrário, crianças e adolescentes que relatam sofrer abuso sexual dentro de casa deveriam ter sua história, por mais improvável que parecesse, cuidadosamente acolhida e adequadamente investigada ⁽¹³⁾.

Oferecer credibilidade para a palavra de crianças e adolescentes com relato de abuso sexual, nos serviços de saúde, obedece ao princípio jurídico de *presunção de veracidade* ⁽⁹⁾. Este dispositivo, entre outros importantes efeitos, permite romper o ciclo da violência e oferecer proteção social e legal para a vítima de acordo com a gravidade dos riscos que ela enfrenta. Assim, o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente tornou dever legal dos profissionais de saúde a comunicação dos casos de que tenham conhecimento, mesmo quando suspeitos, sem que se faça necessário apresentar provas materiais ⁽⁸⁾. A comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude pode e deve ser realizada, pautando-se tão somente no relato da criança e do

adolescente ^(1,6,8,9).

A participação materna nas comunicações merece atenção. Segundo estudos, a mãe geralmente percebe ou sabe do incesto. Mas costuma ignorá-lo, trocando de papel com a filha. Para manter a aparente normalidade da família, consente com a situação, consciente ou inconscientemente, até que um fator a obrigue encarar os fatos do abuso ⁽¹⁶⁾.

A ameaça como intimidação e a pequena taxa de traumatismos físicos são fatores discutidos que, certamente, colaboram para justificar a limitação da medicina forense. Mas outros devem ser agregados. Apenas 11% das vítimas realizam a perícia nas primeiras 24 horas da violência, comprometendo, por exemplo, a detecção de espermatozoides ⁽¹¹⁾. O diagnóstico de rotura himenal recente esbarra na precocidade sexual da adolescente que, em mais de 60% dos casos, se inicia sexualmente antes do abuso ⁽¹²⁾. Se virgens, resta o problema da complacência himenal, presente entre 10 e 33% dos casos, que limita a avaliação do hímen como parâmetro de penetração vaginal ⁽¹⁰⁾.

Mesmo frente a esses fortes indicadores, as provas médico-legais permanecem, paradoxalmente, exigidas pela justiça e, na sua ausência, a adolescente não raramente é desacreditada ^(18,19). O direito à justiça, fundamental para o exercício dos direitos humanos das mulheres, fica obstruído pela incapacidade de se entender e admitir a limitação da medicina forense. Em consequência, poucos agressores são responsabilizados, apesar da violência sexual ser severamente condenada pelos textos clássicos do direito ^(1,14). Acredita-se que, por falta de provas materiais, mais de 95% dos agressores não são punidos pela justiça ^(14,19).

As adolescentes são as principais vítimas do abuso sexual. Protegê-las do impacto físico e emocional da violência é responsabilidade inegável dos serviços de saúde. Protegê-las do agressor e promover justiça é responsabilidade indiscutível dos operadores do direito. Mas o flagelo do abuso sexual continuará em proporções inaceitáveis se não encontrarmos caminhos que garantam justiça e saúde como direitos humanos indivisíveis ⁽²⁰⁾. Devemos isso a todas essas mulheres. De todas as idades. O que nos falta para fazê-lo?

Referências Bibliográficas

1. PIMENTEL, S; SCHRITZMEYER, ALP; PANDJIARJIAN, V. *Estupro: crime ou "cortesia"? Abordagem sociojurídica de gênero*. Porto Alegre: SAFE. 1998. 288p.
2. BEEBE DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. *J. Miss State Assoc* 1998. 39:366-9.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde. 1999. 32p.
4. NATIONAL VICTIM CENTER, Crime Victims Research and Treatment Center. *Rape in America: A Report to the Nation*. South Carolina: Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences. 1992. 287p.
5. KOZARIC-KOVACIC, D; FOLNEGOVIC-SMALC, V; SKRINJARIC, J; SZAJNBERG, NM; MARUSIC, A. Rape, torture, and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae. *Am J Orthopsychiatry*, 1995. 65:428-33.
6. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. *Violência sexual e aspectos éticos da assistência*. In: *Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: CREMESP, 2ª edição. 2002. 71-78.
7. LOURENÇO, MBR. *Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa*. São Paulo: 2001. Tese de Doutorado, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
8. ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. 1993. 105p.
9. OLIVEIRA J. *Código Penal*. 25ª ed., São Paulo: Saraiva. 1987. 483p.
10. COHEN, C; MATSUDA, NE. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. *Rev Paulista Med*, 1991. 109:157-64.
11. DREZETT, J; BALDACINI, I; NISIDA, IVV; NASSIF, VC; NAPOLI, PC. Estudo da adesão da quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas. *RBGO* 1999. 21(9):539-44.
12. DREZETT, J; CABALLERO, M; JULIANO, I; PRIETO, ET; MARQUES, JA; FERNANDES, CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr*, 2001. 77(5):431-9.
13. FLORES, YM; GUTIÉRREZ, LN; GORDILLO, MQ. *Diagnóstico sobre procedimiento probatorio en casos de violencia intrafamiliar y sexual contra las mujeres, la niñez y la adolescencia en Nicaragua*. Manágua: Agencia Española de Cooperación Internacional. 2002. 227p.
14. HUMAN RIGHTS WATCH. *Injustiça criminal: a violência contra a mulher no Brasil*. EUA: Americas Watch. 1992. 70p.
15. HOLMES, MM; RESNICK, HS; KILPATRICK, DG; BEST, CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol*, 1996. 175:320-4.
16. BROOKS B. Preoedipal issues in a postincest daughter. *Am J Psychother*, 1983. 37:129-36.
17. CAMPOS, JR; NASCIMENTO, LG; ALMEIDA JR, WJ, VAINTRAUB, MT; LOPES, GP. Violência sexual em Belo Horizonte: pesquisa no Instituto Médico-Legal. *J Bras Gynec*, 1994. 104:227-30.
18. FERRIS, L; SANDECOCK, J. The sensitivity of forensic tests for rape. *Med Law*, 1998. 17:333-50.
19. TUCKER, S; CLAIRE, E; LEDRAY, LE; WERNER, JS; CLAIRE, E. Sexual assault evidence collection. *Wis Med J* 1990. 89:407-11.
20. MARISCAL, JDO. Una respuesta de la sociedad a la violencia contra las mujeres. In: Elias RU, Billings DL. *Violencia sobre la salud de las mujeres*. Monterrey: Ipas. 2003. 148-56.

Mortes por homicídio em Itapeceira da Serra

Raquel Zaicaner*
Fernando Lefèvre**

Introdução

O aumento alarmante das mortes e traumas por causas violentas, observado a partir da década de 80, coloca este problema na agenda da Saúde Pública.

A violência é multicausal. As desigualdades na distribuição das riquezas, a ausência de projeto de vida em especial entre os jovens e o desencanto com as instituições, efeitos da sociedade de consumo, formam um meio de cultura propício à exacerbação deste fenômeno.

Deve-se incluir a questão do espaço para sua melhor compreensão. Milton Santos (1997) discute o espaço como produto social em permanente processo de transformação conforme diferentes períodos históricos. A ocupação do espaço e a localização dos centros de decisão em relação à sociedade são geradores de tensões. Raquel Rolnik (1999) traz o conceito de exclusão territorial que leva a um urbanismo de risco, com os quais correlaciona-se a violência.

Neste artigo, vamos nos ater ao estudo dos homicídios, entendendo-os como parte da dimensão da violência urbana, tomando como caso a cidade de Itapeceira da Serra, São Paulo. Como nos falam Akerman e Bousquat (1999), o homicídio, "por sua tragicidade, permite que a representação de sua distribuição desigual no espaço urbano ofereça pistas para todas as outras dimensões da violência." Foram levantados os homicídios dolosos ocorridos em Itapeceira da Serra no ano de 2002 a partir de duas fontes primárias distintas: a Declaração de Óbito (DO) e Boletim de Ocorrência (BO). A utilização destas fontes distintas permite a obtenção de dados mais completos, em especial quanto ao local de ocorrência do evento.

Foram estudadas algumas variáveis como: sexo, idade, cor, estado civil, escolaridade, sazonalidade, diagnóstico pelo CID-10, local de residência e de ocorrência. Detivemo-nos nos óbitos de residentes no município, independentemente do local de ocorrência, e nos ocorridos no município, mesmo que residentes em outros locais. Excluíram-se os ocorridos em serviços de saúde. Esta exclusão deve-se a ser Itapeceira da Serra vizinha à região sul da cidade de São Paulo, desprovida de serviços de urgência mais próximos.

A Fundação SEADE registra para o ano de 2002, em I.S., 119 homicídios (84,05 por 100.000 habitantes). Destes, estudamos 92 óbitos por homicídio que foram registrados pelo Núcleo de Informação da Secretaria de Saúde (NIAC).

Trabalhar com dados de violência impõe várias limitações, sendo, por natureza, problemáticos, provisórios e tentativos, não podendo pretender traduzir a verdade. (MINAYO, 1994).

Resultados

Tabela I: Óbitos por homicídio no ano de 2002, segundo variáveis de sexo, idade, estado civil, escolaridade e diagnóstico (CID-10) de óbitos registrados no sistema de informações de mortalidade do Núcleo de Informações da Sec. Mun. de Saúde de Itapeceira da Serra.

VARIÁVEL		N.º	%
SEXO	Masculino	86	93,5
	Feminino	06	6,5
IDADE (em anos)	0-15	01	1,1
	16-30	60	65,2
	31-45	19	20,7
	46 +	06	6,5
	Ignorado	06	6,5
ESTADO CIVIL	Solteiro	63	68,5
	Casado	18	19,5
	Separado	01	1,1
	Ignorado	10	10,9
ESCOLARIDADE (em anos de estudo)	Nenhum	02	2,2
	1-3	22	23,9
	4-7	27	29,3
	8-11	12	13,0
	12 +	0	0,0
	Ignorado	29	31,5
DIAGNÓSTICO (CID-10)	Arma de Fogo (x95)	75	81,5
	Objeto Cortante (x99)	06	6,5
	Outros (x91; Y00; y09)	11	12,0
LOCAL	Domicílio	07	7,6
	Via Pública	68	73,9
	Estab. Saúde	09	9,8
	Outros	08	8,6

* Médica sanitarista, Secretária Municipal de Saúde de Itapeceira da Serra-SP. Doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da USP

** Professor-Doutor, Departamento de Práticas de Saúde Pública, FSP/USP

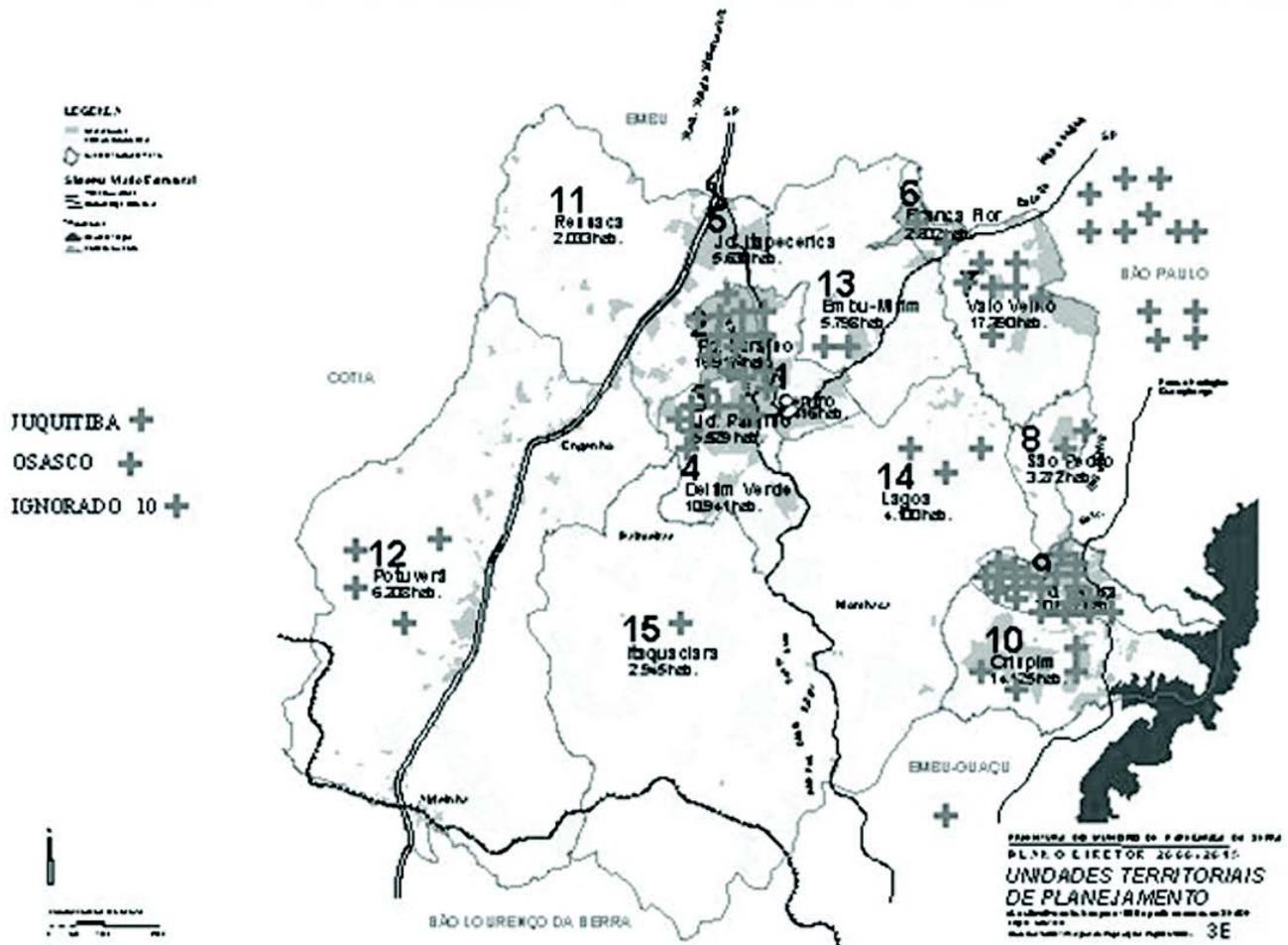
Os dados da pesquisa permitem o desenho do perfil da vítima de homicídio: homem (93,5%), jovem, entre 16 e 30 anos (65,2%), solteiro (68,5%), com baixa escolaridade (55,4%), assassinado por arma de fogo (81,5%), em via pública (73,9%). Este perfil é semelhante ao traçado em diversos outros estudos (MAIA, 1999; SOUZA, 1999).

Excetuando-se um supervisor de logística e um comerciante, os demais tinham ocupação de baixa especialização e remuneração como ajudantes, moto-

boy, jardineiro, frentista, balconista, pintor, office-boy, entre outras, além de oito registros de desempregados.

Ao colocarmos estas mortes no mapa verificamos diferenças entre local de residência e de ocorrência. No primeiro, são os moradores dos bairros do Jacira, Lagoa, Parque Paraíso os com maior risco de morrer por homicídio. Quando estudamos o local de ocorrência, destacam-se, seja a vítima residente ou não, os bairros do Valo Velho, Potuverá e Jardim Jacira, seguidos do Lagoa e Parque Paraíso.

ÓBITOS POR RESIDÊNCIA - ITAPECERICA DA SERRA - 2002



Discussão e considerações finais

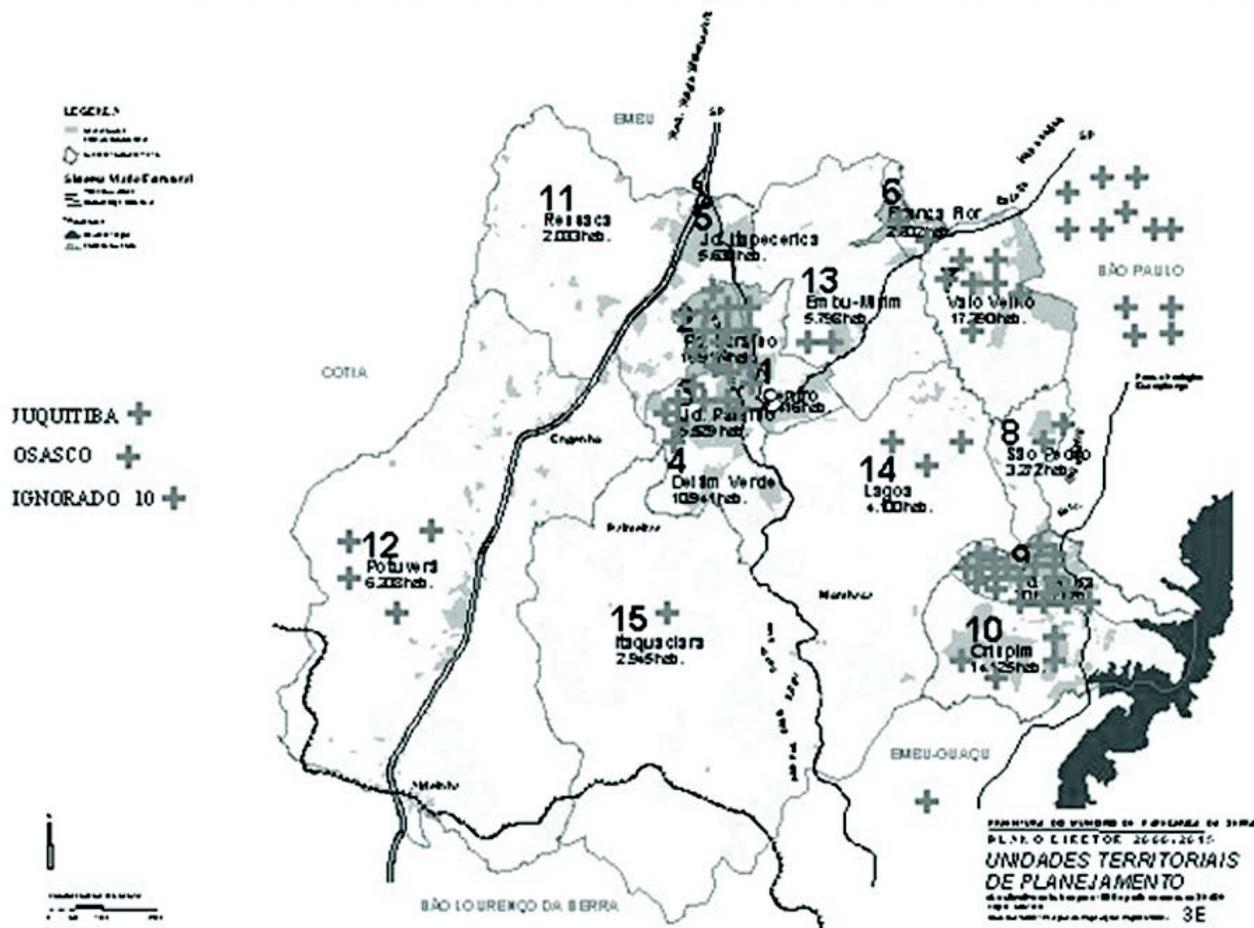
Os resultados obtidos corroboram outros estudos que trabalham com características epidemiológicas e de distribuição espacial. A periferização está reproduzida na distribuição espacial desigual.

O Jardim Jacira é o bairro que aponta maior risco para os residentes sendo o terceiro maior em local de ocorrência. Suas características - distância do centro, ter

sido formado há poucas décadas em consequência da expulsão imobiliária da capital para a região metropolitana, em especial na década de 70, pouco acesso a serviços e a informação, representação política, persistência de questões em relação à posse de terra exemplificam o que Rolnik (1999) discute como exclusão territorial.

Um olhar mais detalhado nos mapas nos mostra uma "entrada" de óbitos de não residentes em duas áreas em

ÓBITOS POR RESIDÊNCIA - ITAPECERICA DA SERRA - 2002



especial: a do Potuverá e do Valo Velho. Um estudo mais apurado revela serem estes óbitos registrados em vias públicas desertas, em região de mata preservada, indicando-nos sua utilização como área de “desova” pelas suas características geográficas e de urbanização.

Não dispomos de um indicador de saúde que trabalhe com estas informações para podermos inferir risco de um homicídio ocorrer em uma determinada região, independentemente se em residente ou não da área de estudo; porém, a utilização destes dados é capaz de nos fornecer, como diz em Akerman e Bousquat (1999), pistas sobre a ocorrência de outras dimensões da violência.

A construção destes indicadores contribuirá como instrumento de planejamento urbano e de definição de políticas públicas que visem à diminuição da violência.

Referências Bibliográficas

AKERMAN M, BOUSQUAT A. – Mapas de Risco de Violência. *São Paulo em Perspectiva* – 1999; 13 (4): 112 – 120

Maia PB. Vinte Anos de Homicídios no Estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva* – 1999; 13 (4): 121 – 129

MINAYO MCS. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Públ.* 1994; 10 (supl 1): 07 – 19

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* – 10ª revisão – São Paulo: EDUSP; 1996

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPECERICA DA SERRA – *Plano Diretor Estratégico Municipal* – Lei 1238 aprovada em 29 de maio de 2001.

ROLNIK R. Exclusão Territorial e Violência. *São Paulo em Perspectiva.* 1999; 13 (4): 100 – 111

SANTOS M. *Espaço e Método.* 4ª Edição. São Paulo: Nobel, 1997.

SOUZA ER. Homicídios no Brasil. O grande vilão da Saúde Pública na década de 80. *Cad. Saúde Públ.* 1994; 10 (supl 1): 45 – 60

YUNES J., RAJS D. tendência de la mortalidad por causas violentas en la población general, entre los adolescentes y jóvenes de la Región de Las Américas. *Cad. Saúde Públ.* 1994; 10 (Supl 1): 88 – 125

Poder Público e Violência: o trânsito, mais um desafio

Luiza S. Heimann, Lauro C. Ibanhes, Iracema E. Castro, Jorge Kayano, Virginia Junqueira, Jucilene L. Rocha, Roberta C. Boaretto, Renato Barboza, Carlos T. Cortizo¹

As estatísticas mundiais de mortes no trânsito são impressionantes, pois mostram um quadro extremamente negativo onde os acidentes lideram o ranking de mortes violentas por causas externas, seguidos dos homicídios.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu os acidentes de trânsito como tema do Dia Mundial da Saúde por considerá-los como um problema de Saúde Pública, merecendo atenção das autoridades e da população em geral. Além de ser uma das principais causas de morte, deixam um grande número de pessoas permanentemente incapacitadas, representando um custo enorme para toda a sociedade. A OMS destaca que a maioria dessas mortes ocorre em países em desenvolvimento e entre pedestres, ciclistas e usuários de transportes coletivos.

Estudo divulgado pela OMS e pelo Banco Mundial (2003)¹ compara os dados mais recentes fornecidos pelos países entre 1992 e 2002. Na análise desses dez anos, o Brasil aparece em segundo lugar entre os países com maior número de mortes no trânsito. O relatório ainda estima que o número de acidentes poderá superar os casos de aids e os acidentes vasculares, como uma das principais causas de morte no mundo até 2020.

No Brasil, 75% dos acidentes são causados pelo condutor, resultado do consumo abusivo de álcool, sonolência ou imprudência.² Vale destacar que a violência no trânsito ocorre de forma generalizada, envolvendo motoristas, pedestres, passageiros de transporte coletivo, ciclistas e motociclistas. Entre os grupos mais vulneráveis estão as crianças, os idosos e as pessoas com dificuldades de locomoção.

O número de mortes em acidentes de trânsito no Brasil aumentou 7,2% entre os anos de 2001 e 2002,

de acordo com os últimos dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, órgão do Ministério da Saúde. Em 2001, morreram 30.527 pessoas em acidentes de trânsito e, no ano seguinte, esse número aumentou para 32.730.³

No estado de São Paulo, segundo dados do Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), no ano de 2002, os acidentes de trânsito foram responsáveis por 6.856 mortes, representando 20,7% do total dessas causas ocorridas no Brasil. O coeficiente de mortalidade observado nesse período no estado foi 18,0/100.000 habitantes e no país 19,0/100.000 habitantes. Comparado aos Estados Unidos, o mesmo coeficiente em 2001 foi 16,3/100.000 habitantes, sendo que, neste país, o número de veículos per capita é muito maior que o verificado em nosso meio.

Quanto ao perfil das mortes, em 2002, observou-se para o estado de São Paulo que 82% ocorreram na população masculina. Do total de vítimas, 26,3% eram pedestres e ciclistas. A taxa de mortalidade hospitalar foi de 5,1 para cada 100 óbitos, sendo maior que a encontrada no conjunto das causas externas.

¹ Pesquisadores do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde

² Relatório da OMS sobre Impactos da Violência no Trânsito no Mundo. Disponível em <http://www.who.int>

³ <http://www.ajudabrasil.org/noticias.asp?idnoticia=47>

⁴ <http://www.samauma.com.br/samauma/g004mortestransito.htm>

⁵ Aglomerações urbanas são grandes manchas urbanas contínuas no território, compostas por mais de um município com elevado grau de integração, resultantes do processo de crescimento das cidades, ou conjunto de cidades. Foram consideradas quarenta e nove aglomerações urbanas brasileiras que seguiram a classificação adotada na pesquisa "Caracterização e Tendências da Rede Urbana do Brasil", realizada pelo IPEA, IBGE e NESUR/IE/UNICAMP. Nestas áreas, concentram-se 378 municípios, além do DF, 47% da população do país e 62% da frota de veículos.

Para o mesmo período e local, na análise das internações realizadas pelo SUS, os atropelamentos foram responsáveis por 33,7% das hospitalizações. O custo destes aos cofres públicos foi de R\$ 25.675.671,00, representando internações mais dispendiosas quando comparadas a outros tipos de acidentes e violências. Em estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 85% dos custos de acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras,⁴ estão distribuídos em três componentes: perda de produção (42,8%) devido ao afastamento das atividades produtivas em caráter temporário ou permanente; custos médico-hospitalares (13,3%) e danos a veículos (28,8%).

Observa-se que as más condições das vias públicas, a falta de investimento em educação para o trânsito e a falta de transporte público de qualidade, além da fiscalização ineficaz para aplicação das normas previstas no Código de Trânsito, contribuem para agravar os acidentes.

Para redução da violência no trânsito brasileiro é imprescindível que sejam realizados investimentos para adequação das vias públicas através da engenharia de tráfego e do planejamento urbano, melhoria dos sistemas de fiscalização a motoristas infratores e a implementação de programas educativos e de prevenção continuados, mesmo considerando que os resultados somente serão alcançados a médio ou longo prazo. Porém, este é o meio mais efetivo para conscientização dos cidadãos.

É necessária, portanto, a implementação de políticas públicas intersetoriais, voltadas para segurança no trânsito, que articulem a saúde pública, a engenharia, a educação, a segurança pública, o setor privado e a sociedade civil. Quanto à atuação da área da saúde é importante reafirmar, segundo Minayo (1999), a necessidade de

“estabelecimento de instâncias que orientem e definam melhor as ações do setor em relação à demanda da violência; introdução da temática na formação da equipe de saúde, tanto no nível de sensibilização como de técnicas de atendimento.”

Referências Bibliográficas

- BEPA - Boletim Epidemiológico Paulista. *Informe Mensal sobre Agravos à Saúde Pública*. Ano 1, nº 3, São Paulo, março, 2004, acessado em 06/06/04: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa3.htm>
- IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Impactos Sociais e Econômicos dos Acidentes de Trânsito nas Aglomerações Urbanas - Síntese da Pesquisa*, Brasília, maio 2003, acessado em 06/06/04: <http://www.ipea.gov.br/Destaques/textos/relatorio.pdf>
- SOUZA, E. R. e MINAYO, M. C. S. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In MCS Minayo (Org), *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. p. 87-116. 2ª ed., São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.



Vivendo sob o domínio de outros: autonomia e independência dos portadores de deficiência

Eliane Ferrari Chagas*

Carlos Botazzo**

A violência é usualmente percebida como expressão de ações ligadas à delinqüência e à criminalidade. Esta é uma visão que está presente no senso comum e, portanto, instalada na sociedade. Mas se enxergarmos a violência como Minayo (1997) retrata, e que outros trabalhos conjungam (RISTUM E BASTOS, 2004), poderíamos enxergar outras formas, não raro sutis, das quais lembramos a violência do domínio ou do controle de algumas pessoas ou instituições sobre outras pessoas. Nesta perspectiva, a violência localiza-se em outra categoria em que Ristum e Bastos (2004) estabeleceram. Tais categorias foram postas pela sua natureza e interação causal designando as categorias de causas pessoais e de causas contextuais. Na primeira, há referência sobre o consumo de drogas, o desequilíbrio emocional ou temperamento. Na concepção contextual, a violência comparece de maneira mais ampla, no campo da política, da economia, da cultura. A pobreza, a exclusão social ou a discriminação social são exemplos desta categoria, que considera os sistemas ou estruturas sociais pelos quais as pessoas sofrem os processos violentos de uma sociedade. Ao focarmos o indivíduo ou seu grupo e suas relações de domínio e de desrespeito ao outro ou a seu ambiente, pode ser aqui retratada uma explicitação da violência que Minayo (1997) apresenta e classifica como estrutural. Cabe ressaltar sua citação de Boulding que relata que esta conformação “influencia as práticas de socialização, levando os indivíduos a aceitar ou infligir sofrimentos, segundo o papel que lhes corresponda, de forma naturalizada” (*apud* Minayo, 1994, p. 3).

Dentro deste entendimento, seria interessante refletir sobre esta violência, muitas vezes presente, inconsciente ou não, na vida das pessoas portadoras de deficiência e que passa a interferir nas suas conquistas como cidadã. O domínio e o controle de outros sobre os desejos e anseios destas pessoas não seria uma forma de interferir no processo de sua autonomia e independência? Que posição pode assumir diante do controle e do domínio de outras pessoas sobre sua vida? Para se buscar uma autonomia e independência, a pessoa portadora de deficiência necessita exercer sua cidadania. Porém, sua cidadania e, em conjunto, sua autonomia e independência podem ser prejudicadas pela sua incapacidade pessoal – e não somente física – de se posicionar diante da vida. A família, os profissionais que as atendem ou as instituições

para pessoas portadoras de deficiência ajudam a construir esta autonomia e independência pessoal?

Uma pessoa independente é uma pessoa que tem a capacidade de decisão, além da capacidade de execução. A capacidade de execução diz respeito à autonomia, ou seja, ao domínio relativo sobre o ambiente físico e social (SASSAKI, 1997). Se a pessoa consegue transpor uma elevação para chegar à calçada, isso significa autonomia, mas se ela não consegue ultrapassar o obstáculo físico e, necessitando de ajuda de outra pessoa, solicita o auxílio, ela pode não ter autonomia, mas possui independência. Nesse ponto de vista, diante de sua incapacidade e limitação, decide, solicita e determina por si mesma o que precisa.

O núcleo parental é de fundamental importância na busca desta independência. Os pais, os filhos, os parentes e os amigos mais próximos são cuidadores “naturais” e devem favorecer e estimular a pessoa com deficiência para que tenha sua própria vida. Uma criança com deficiência precisa brincar, ir à escola ou ao parque como outra qualquer. Quando adolescente, tem vontade de sair, namorar. Em todas as idades, precisamos de oportunidades para irmos em busca do que queremos e de nossos objetivos. Os cuidadores não devem colocar impedimentos injustificados, dificultando e limitando o seu desenvolvimento como pessoa de acordo com as fases da vida. A discriminação nasce no próprio domicílio. Um adulto ou um velho que se torna portador de deficiência e que, por isso, é impedido, transitoriamente, de realizar seu trabalho, pode retornar à sua atividade; porém, quantos não voltam? Não pela incapacidade para aquele trabalho ou por dificuldades em realizar adaptações para seu retorno; muitas vezes, ele mesmo se acha incapaz ou com vergonha de sua situação. Não é necessário repensar isto tudo? A autonomia e a independência começam por nós mesmos e elas precisam ser alcançadas também junto aos mais próximos. A família não precisa ser super-protetora. Para cuidar adequadamente, no entanto, ela tem que oferecer o básico, ensinar como fazer, deixar fazer, exigir também, dar limites, mas não limitar a vida.

* Fisioterapeuta, doutoranda pelo Instituto de Saúde, área de saúde coletiva.

** Orientador, Professor Doutor, Instituto de Saúde, SES – SP.

Ser portador de deficiência não é sinônimo de incapacidade. A limitação excessiva dada pela família ou a execução de ações por outros não beneficiam a pessoa, mas tiram dela o direito de administrar a própria vida, de realizar o seu próprio desejo.

Pensando neste caminho, os profissionais que atendem estas pessoas necessitam oferecer condições para a busca da autonomia do portador de alguma deficiência. Utilizar seus conhecimentos para, junto com estas pessoas, proporcionar condições de autonomia e facilitar a obtenção da independência. Porém, há que se pensar: o profissional exerce este papel? Por isso, os profissionais das diversas áreas necessitam, junto com a pessoa com deficiência, viabilizar condições de autonomia capacitando-a física e socialmente. Viabilizar autonomia a estas pessoas também diz respeito ao ambiente em que vivem. Profissionais necessitam proporcionar um ambiente adequado a todos, o que nem sempre é conseguido, o que não significa deixar de ser considerado. Como a vida desta pessoa ultrapassa o ambiente clínico, e também não pertence ao profissional, a relação de poder que o profissional pode estar exercendo sobre seus “pacientes” não seria uma forma de violência que, às vezes, nem se percebe e que está enraizada no cotidiano?

Quando pensamos em cuidados excessivos, não devemos nos esquecer das instituições e associações que prestam atendimentos e cuidam de pessoas portadoras de deficiência. Estas instituições exercem um papel muito importante na vida destas pessoas, nem sempre judiciosamente avaliado, nem mesmo quanto à condição em que ocorre. Não podemos deixar de lado que,

historicamente, há uma forte inclinação assistencialista quando se trata da pessoa com deficiência.

É importante que se considere estas questões e que reflitamos sobre o quão vicioso pode ser o domínio e o poder de interferência das instituições – familiares, profissionais e serviços – na condução das questões aqui assinaladas. Na posição de submissão, não raro a pessoa portadora de deficiência passa a se orientar pela ótica do dominador, deixando de ter o seu próprio direito de escolha e ações. Esta é uma atitude violenta que, muitas vezes, se faz presente. A sociedade precisa dar conta do “seu” deficiente sem, todavia, decidir por ele. Os direitos do cidadão começam pelo direito elementar de decidir o que ele próprio quer.

Referências Bibliográficas

MINAYO, Maria Cecília S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.10, supl.1, 1994. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 30 mai. 2004.

SASSAKI, Romeu K. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA. 1997. 176pp.

RISTUM, Marilena; BASTOS, Ana Cecília S. Violência urbana: uma análise dos conceitos de professores do ensino fundamental. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 9, n. 1, p.225-39, 2004.



Descaminhos: Sexualidade e Prostituição¹

Luciene Jimenez²

I – Prostituição: fruto do insaciável desejo sexual ... dos homens.

As doenças venéreas, particularmente a sífilis, desde o final do século XIX são fonte de preocupação para a saúde pública. Porém, até 1920, as discussões sobre as ações de prevenção e tratamento estavam focalizadas em torno da figura da prostituta, considerada como a principal responsável pela disseminação e contágio (CARRARA, 1994).

Até há pouco mais de 100 anos, acreditava-se que as doenças e, particularmente, as pestes eram decorrentes do desregramento sexual. Assim, a associação entre prostituição e doença e a discussão sobre como conduzir moralmente a existência da prostituição antecedem o surgimento das doenças venéreas como problema de saúde pública.

No início do século XIX, a prostituição foi regulamentada em Paris, sob o argumento de ser esta a única forma de dar vazão à natureza sexual incontrolável dos homens e, assim, manter a ordem moral da sociedade. Até meados do século XX, as discussões sobre a legalização da prostituição giravam em torno da pergunta: são os homens seres capazes de se controlarem sexualmente? (RAGO, 1996).

No Brasil, a polêmica sobre a legalização da prostituição obteve qualquer possibilidade de ação preventiva das doenças sexuais. Os grupos concordavam sobre o fato de serem as prostitutas e seus clientes os responsáveis pela disseminação das doenças sexuais, mas discordavam quanto à capacidade de os homens controlarem seus impulsos sexuais.

A necessidade de resolver o problema emergente das doenças venéreas levou a um abrandamento das discussões, deixando inconcluso o debate sobre a capacidade dos homens de controlarem seus impulsos e deslocando o foco para as possíveis ações de prevenção.

Em 1951, o Brasil assina junto à ONU o Tratado Abolicionista Internacional, que propõe não penalizar quem exerce a prostituição, ao mesmo tempo que considera o gerente ou dono do negócio um criminoso (BRASIL, 2002).

Entre 1950 a 1970, a compreensão normativa de uma sexualidade universal e natural – heterossexual, monogâmica e com finalidade exclusivamente reprodutiva – foi fortemente questionada pela produção teórica, pelos movimentos hippie, feminista e gay e confrontada com discursos que propunham a compreensão de sexualidades múltiplas, constituídas por meio de dispositivos e mecanismos pertinentes às complexas redes sociais.

Foram inúmeras as influências sociais, políticas e tecnológicas que possibilitaram a eclosão desse efervescente período de ideais libertários, entre elas, a disponibilização em massa da penicilina e dos contraceptivos hormonais. Com diz Rago,

“Há um certo consenso [...] entre os militantes da área de que a prostituição que emerge no final do século XIX, no Brasil, entra em profundo declínio a partir da década de 1960, seja com a ‘revolução sexual’ e a enorme alteração dos costumes e padrões comportamentais, seja com a descoberta [...] de métodos contraceptivos mais sofisticados, seja ainda com a maior visibilidade das práticas homoeróticas femininas e masculinas” (RAGO, 1996).

Desde 1997, tramita no Congresso Nacional um projeto de lei que pretende regulamentar a prática da prostituição no Brasil. Essa proposta visa a permissão do exercício da prostituição – obedecendo ao Código Penal de 1830, que não enquadra a prostituição como crime – e vincula a observância de algumas restrições, entre as quais a obrigatoriedade dos(as) profissionais do sexo a se cadastrarem em unidades de saúde e realizarem exames mensais de controle das DST, registrados em cartão específico (ROSSI, 1998).

Assim, embora o Brasil faça parte do Tratado Abolicionista Internacional, a perspectiva adotada pelo atual projeto de lei contempla os ideais propostos pelo regulamentarismo.

II – Relato de uma experiência com mulheres profissionais do sexo

Para compreender melhor o universo das prostitutas, entramos em contato com uma casa de prostituição do município de Diadema e, durante seis meses realizamos encontro mensais com as profissionais que ali trabalhavam.

Na casa, o grupo é rotativo – 14 a 25 garotas transitam por diversos estabelecimentos, dependendo do movimento dos mesmos – e heterogêneo. Algumas têm na prostituição sua única fonte de renda, enquanto outras a exercem eventualmente, em situações de desemprego próprio ou

¹ Adaptado de artigo publicado originalmente na revista de Terapia Sexual, volume 6 (2), 2003.

² Psicóloga do CRT/ Aids de Diadema, Mestre em Saúde Pública (FSP/ USP)

do marido. Poucas tinham parceiros fixos e a maioria utilizava algum método contraceptivo considerado 'seguro' – contraceptivos hormonais ou DIU.

O valor do programa é de R\$30,00 por meia hora – sendo R\$20,00 para a garota e R\$10,00 para a casa – pagos antecipadamente para a gerente, e dá direito ao preservativo masculino. O número de programas por noite é variável, com média de quatro a seis para cada profissional.

Foram unânimes os relatos de estratégias visando não serem identificadas como prostitutas quando não estão no exercício da profissão, como trabalhar o mais distante possível do local onde residem. Acreditam, desta forma, estar preservando a si mesmas e, principalmente, aos familiares. Mostraram-se descrentes quanto à possibilidade de legalização da profissão e desconheciam qualquer projeto de lei referente ao assunto.

Os problemas apontados como mais significativos no exercício da profissão foram: falta de lubrificação; os dias de menstruação; medo de engravidar; rompimento do preservativo – média de um rompimento em cada 10/15 preservativos utilizados.

Quanto à menstruação, bloqueiam parcialmente o sangramento colocando porções de algodão no fundo da vagina. Mediante o rompimento do preservativo fazem "ducha" com água morna; e, para promover a lubrificação, quando não dispõem do gel à base de água, utilizam saliva, xampu, condicionador de cabelo, vaselina, pomadas ou cremes vaginais obtidos nas Unidades de Saúde.

A ausência de lubrificação e a utilização de produtos químicos ou farmacológicos foram considerados fatores importantes para o alto número de rompimentos do preservativo. Foi sugerida a associação de métodos como o diafragma com o preservativo masculino; e a contracepção de emergência foi apresentada como alternativa em situações de ruptura do condom.

Como já foi dito, a maioria das mulheres utilizava algum método contraceptivo para prevenir a gravidez com os parceiros fixos, no contexto doméstico, ou com parceiros eventuais, no contexto afetivo-amoroso. Apesar do reconhecimento do risco, a justificativa para a não realização da prevenção às DST/HIV nas relações pessoais foi: *beijar na boca, sentir prazer (gozar), e não usar preservativo são marcas que diferenciam as relações sexuais profissionais daquelas com envolvimento afetivo, ou, pelo menos, não profissionais.*

O uso do preservativo masculino apareceu como um diferencial entre as atividades com envolvimento afetivo e as atividades profissionais, com a finalidade exclusiva de proteger das DST/HIV, rodeado de desconfiança quanto a sua real eficácia na prevenção da gravidez, sob o argumento de romper com facilidade.

"Contracepção" e "prevenção" foram descritas como duas ações distintas, direcionadas a partir da interpretação cristã da sexualidade: de um lado, a sexualidade

desregrada, expressão do mal, do pecado, que levará à doença ou à morte (FOUCAULT, 1998) e que, portanto, solicita que se faça a prevenção das doenças; de outro, a sexualidade pura, legitimada pelo casamento e/ou pelo amor, predestinada à reprodução e que necessita de métodos seguros de contracepção.

A escolha do método contraceptivo promove um impacto diferenciado na exposição às DST/HIV, porém revela também a compreensão de sexualidade presente nos discursos instituídos. Para a medicina que se constituiu ao longo do século XIX, as mulheres teriam apenas instinto reprodutivo e toda expressão sexual com fins não procriativos era considerada patológica; enquanto, para os homens, o desejo deveria ser exclusivo pelo corpo da mulher, sendo patológica qualquer manifestação que não correspondesse a esse "objeto" (MILLELA, 1999).

Nessa modalidade de pensamento, as doenças foram compreendidas como consequência dos desejos sexuais incontidos, das transgressões e da luxúria. "O sexo à margem da monogamia tem um preço – a doença e seu cortejo" (TRONCA, 2000).

Essa cisão no trato com a sexualidade atravessa também as instituições, e pode ser observada em algumas ações de saúde. Os "grupos de planejamento familiar", por exemplo, têm como objetivo discutir os métodos contraceptivos, contemplando um dos aspectos da sexualidade, aquele que está voltado para a possibilidade reprodutiva no contexto da família supostamente monogâmica. Ficam excluídas todas as pessoas que exercem suas sexualidades fora da perspectiva reprodutivo-familiar: adolescentes, idosos, homossexuais, profissionais do sexo etc.

Embora a moral sexual-reprodutiva atravessasse as ações das instituições e os discursos produzidos pelas profissionais do sexo, a relação sexual identificada pelo grupo como sendo "legítima", "limpa" e que dispensa a prevenção, apesar do reconhecimento do risco, não foi apenas a que está a serviço da reprodução no contexto familiar, mas, principalmente, aquela que é exercida em "nome do amor-paixão romântico".

Segundo Costa (1998), o amor-paixão romântico é um tipo específico de expressão afetiva construída, histórica e discursivamente. A gratificação sexual e a completude afetiva compõem a idéia de que essa experiência é única, a "verdadeira" expressão do amor, sendo, ainda, condicional para se atingir a "felicidade". Mesmo diante de tal idealização, o amor-paixão é descrito como uma tarefa simples e obrigatória a todos. As contradições e exigências impostas por esse tipo de ideal amoroso fazem com que se torne não apenas um evento raro, como também de difícil sobrevivência, devendo ser constantemente perseguido.

Pode-se pensar que o código moral que antes dividia a sexualidade em "casta" e "promíscua" ou "normal" e "patológica", tomando como referência a finalidade reprodutiva ou não da atividade sexual, atualmente

compartilha essa divisão com o ideal do amor-romântico. O sexo "impuro" deixou de ser apenas aquele que não está a serviço da reprodução e passou a ser, principalmente, aquele que não está a serviço do amor-paixão. O amor-paixão romântico parece constituir um novo referencial de normatização da sexualidade, a partir do qual as mulheres profissionais do sexo e, possivelmente, não apenas elas, tendem a organizar suas decisões relativas à prevenção e/ou contracepção.

Agradecimentos

A Val, que bem conhece os (des)caminhos!

Referências Bibliográficas

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretarias de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids *Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids/Secretaria de Políticas de Saúde*. Brasília: Série manuais n. 47. 2002.
- CARRARA, S. A aids e a história das doenças venéreas no Brasil. In: LOYOLA, M.A. e cols. *Aids e sexualidade: o ponto de vista das Ciências Humanas*. RJ: Relume-Dumará, UERJ, pp 73-108. 1994.

- _____. A luta anti-venérea no Brasil e seus modelos. In: PARKER, R.; BARBOSA, R.M. (orgs). *Sexualidades Brasileiras*. RJ, Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ. pp. 17-37. 1996.
- COSTA, JF. *Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. RJ: Rocco. 1998.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade. A vontade de saber*. RJ: Graal. 1998.
- RAGO, LM. Prostituição e mundo boêmio em São Paulo (1980-1940). In: PARKER, R.; BARBOSA, R.M. (orgs). *Sexualidades Brasileiras*. RJ: Relume-Dumará. ABIA: IMS/UERJ. pp 52-62. 1996.
- ROSSI, L. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Programa de Cooperação Técnica França-Brasil. *Prevenção das DST/Aids e a prostituição feminina no Brasil*. Brasília. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em 1998.
- TRONCA, Í. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas: Editora da Unicamp. 2000.
- VILLELA, WV. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade. In: Barbosa M.R.; Parker R.(orgs.) *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. RJ: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34. pp 199-213. 1999.



Violência contra a mulher em subgrupos sob exclusão social usuárias do Centro de Saúde Escola Barra Funda – Dr. Alexandre Vranjac¹

Marta Campagnoni Andrade*

O Centro de Saúde Escola Barra Funda – Dr. Alexandre Vranjac, ligado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, tem organizado seu trabalho assistencial de forma a dar acesso a populações sob exclusão social. O termo está mais próximo da noção de ruptura de vínculos sociais, como os sócio-familiares, onde a exclusão estaria na ponta de um processo gradativo de perda desses vínculos sociais. Para o CSE particularmente, a exclusão caracteriza a possibilidade de reconhecimento da diversidade de situações antes encobertas sob a noção da pobreza e tratadas como uma só situação. Dessa forma, institui uma política de discriminação positiva de alguns grupos populacionais – profissionais do sexo, moradoras de rua e moradoras de favela – no acesso ao serviço. Diante dessa exclusão, é difícil não imaginar que ao menos as possibilidades de resolução e de saída para a situação de violência se caracterizem de maneira diversa e específica nessas populações.

Visando conhecer melhor a ocorrência de violência contra mulheres sob exclusão social, foi realizado um estudo, entre os anos de 2001 e 2002, objetivando estimar a prevalência de violência entre mulheres sob exclusão social usuárias do Centro de Saúde.

Os dados que compuseram o estudo foram obtidos através de questionário fechado composto de 54 questões. Foram denominados “especiais” os subgrupos constituídos por usuárias com discriminação positiva para acesso e assistência na unidade (CDP). Também foram entrevistadas usuárias que se valem da unidade de forma rotineira - grupo denominado população sem discriminação positiva (SDP). No total foram encontradas 481 mulheres, sendo 292 sem discriminação e 198 com discriminação positiva. Esse último grupo era composta por 70 profissionais do sexo, 64 moradoras de rua e 65 moradoras de favela.

A prevalência de violência perpetrada por parceiro ou ex-parceiro nos quatro grupos populacionais de usuárias do CSE foram maiores que as observadas em outros sítios da pesquisa ocorrida na grande São Paulo. A maior prevalência de violência física e sexual foi observada entre as moradoras de rua, seguida pelas

profissionais do sexo. 77,8% das moradoras de rua, 62,8% das profissionais do sexo e 55,6% das moradoras de favela relataram ter sofrido algum tipo de violência física.

As moradoras de rua, portanto, se caracterizaram como grupo de maior prevalência de violência, com um índice 0,53 vezes maior do que aquele das que não estavam sob discriminação positiva, seguidas das profissionais do sexo com exposição 0,24 vezes maior e das moradoras de favela com risco 0,16 vezes maior. Também em relação à violência física e sexual perpetrada por parceiro foram as moradoras de rua as que maior prevalência apresentaram. A subpopulação sob discriminação positiva um índice de violência 0,42 maior que a subpopulação sem discriminação. Esses resultados reafirmam a existência da proposta diferenciada de acesso a uma subpopulação que outros serviços do Município de São Paulo e da Grande São Paulo não realizam, e, se o fazem, não as discriminam, o que de alguma forma possibilitaria a organização de tecnologias específicas no caminho da inclusão social dessas populações. No nosso caso, o “instrumento” dessa inclusão tem sido dar visibilidade à violência de gênero e, mais especificamente, à violência doméstica, através de componentes específicos, não só na distinção da subpopulação sob exclusão social, como também na distinção dos subgrupos que compõem essa subpopulação.

Esse é o convite que o CSE faz a outros serviços: a possibilidade de dar acesso a uma população que não chega ao serviço e que, se o faz, não tem suas necessidades reconhecidas.

¹ Estudo desenvolvido como parte do projeto de investigação de “Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para programas de saúde da mulher”, coordenado pela Prof^a Lília Blima Schraiber, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, realizado em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e financiado pela FAPESP na linha Políticas Públicas (FAPESP n^o 98/14070-9).

* Médica, Diretora do Centro de Saúde Escola da Barra Funda

Masculinidades e Relações de Gênero: Capacitação para a Guarda Civil Municipal de Diadema

Sérgio Barbosa*

Escrever sobre violência de gênero praticada por homens contra mulheres é um fato novo dentro de um cenário milenar. Este cenário, construído por argumentos machistas, androcêntricos e misógenos, confirma a realidade e a distância em solucionar o problema. Os três tipos de argumento parecem similares ou óbvios para falar da violência contra as mulheres, mas não o são. Refletem a trajetória perversa das desigualdades entre homens e mulheres, da naturalização da mulher como objeto e posse do homem e do descaso de políticas públicas voltadas para mulheres. Cada um deles, ou conjuntamente, formam um solo fértil e fecundo para a violência masculina contra as mulheres.

Escrever sobre violência de gênero praticada por homens contra mulheres a partir de uma reflexão com grupos de homens é uma experiência ainda mais nova e desafiadora. Nosso grande e primeiro desafio foi justamente reunir um grupo de homens que estivesse estimulado a refletir sobre o tema a resolvê-lo. Esta não foi uma tarefa fácil e resultou numa grande articulação e organização para acontecer. O CES – Centro de Educação para a Saúde, organização não-governamental que desenvolve ações com mulheres, jovens e homens, sediada em Santo André-SP, ao longo destes dez anos de trabalhos com homens, vem acreditando na proposta de discutir com os próprios homens temas relacionados com sua vida, tendo como objetivo principal fazer uma reflexão de seu papel na sociedade. Temas sobre saúde reprodutiva e sexual e violência de gênero foram debatidos e compreendidos como vitais para a própria saúde do homem. Assim, conseguimos avançar em propostas mais ousadas de reunir ou propor para os nossos cursos temas relativos à violência de gênero contra as mulheres.

Um destes cursos foi direcionado para a Guarda Civil Municipal (GCM) de Diadema, cidade situada no grande ABC paulista e, alguns anos atrás, marcada com o estigma de a mais violenta do país. A intenção com este trabalho era provocar a transformação na compreensão do papel da GCM como multiplicadora da cultura da paz baseada na defesa dos Direitos Humanos e na promoção da igualdade de gênero entre homens e mulheres, possibilitando que a GCM se transforme em mais um espaço de acolhimento de denúncias sobre violência de gênero e multiplicador das relações de cidadania e direitos

humanos. Acreditamos que oferecendo uma capacitação sobre relações de gênero e cidadania com enfoque nas masculinidades para a Guarda Civil Municipal, nesta e em outras cidades, estaremos acrescentando ao que já é desenvolvido instrumentos para que estes homens possam servir melhor a sua comunidade, não somente como funcionários, mas propriamente como multiplicadores de uma expressão da masculinidade diferenciada dos padrões comuns de homens que exercem o poder e se beneficiam de seus postos. Queremos, com este trabalho, que as relações de gênero passem a ser incorporadas como diferencial no seu trabalho com a comunidade e nas suas vidas.

A importância do trabalho com a Guarda Municipal Cidadã de cada município é mais um esforço em direção a um enfoque multidisciplinar, multisetorial e que envolve poder público e sociedade civil, potencializando soluções mais criativas e aumentando o grau de racionalidade no uso de recursos, hoje dispersos numa multiplicidade de projetos com propósitos assemelhados. Ao considerar a violência contra a mulher como um fenômeno multifacetado e ao combatê-la via integração de programas sociais entre governo e sociedade civil, aproxima-se da possibilidade da efetivação de um pacto para a implantação do sentimento de segurança e de defesa dos direitos humanos e da cidadania.

Começamos a realizar este projeto com o objetivo de refletir sobre masculinidades, gênero e cidadania. Discutindo sobre o próprio comportamento em relação à prevenção das DST/AIDS, sexualidade, violência de gênero e outros temas foi possível focar, na fala dos homens, as razões, motivações e justificativas sobre cada um destes temas. Sobre violência de gênero, em princípio, nenhum homem declarou ter praticado violência contra a mulher. Para descortinar esta realidade, começamos a discutir o papel do homem na sociedade e, só isso, já gerou uma diversidade de opiniões. O interessante é lembrar aqui, como metodologia, que não discutimos o papel da mulher. Não houve polarização. Apenas discutir o papel do homem foi suficiente para refletir sobre o

* Filósofo, coordenador do Programa de Gênero e Masculinidades, CES – Centro de Educação para a Saúde (ONG), Rua Santo André, 674 – Vila Assunção, Santo André – SP CEP 09020-230, Fone: 11 49908029. sergio@cesabc.org.br; www.cesabc.org.br

privado e o público, os direitos individuais e os direitos humanos, e sobre o quanto agimos sob as bênçãos do *script* social de sermos homens.

Vencido o primeiro obstáculo de reunir os homens, pois contamos com uma convocação da Diretoria da Defesa Social de Diadema para que os funcionários desta instituição estivessem presentes, o desafio imediato foi superar as resistências, porque eles já haviam passado por uma capacitação de gênero, mas o impacto não foi tão grande. Um participante expressou: “É um curso que vamos discutir sobre as mulheres e falar mal dos homens”. Superar esta realidade ao trabalhar com gênero foi a nossa meta. Como falar de gênero com homens, numa perspectiva de discutir os papéis sociais masculinos? Começando a discutir a própria realidade do distanciamento da população masculina dos serviços de saúde como uma falta de cuidado de si, da resistência no uso do preservativo nas relações sexuais conjugais e não conjugais e da naturalização da violência na vida dos homens como uma das expressões de ser homens, conseguimos colocar os homens como foco da discussão de gênero sem falar mal, mas questionando-os sobre os papéis que assumem desde a infância. Esta socialização foi discutida e conseguimos perceber que relações de gênero fazem parte de nossas vidas, têm conseqüências sobre nossa saúde e permitem uma cumplicidade silenciosa acerca da violência praticada por homens contra as mulheres.

Para quebrar o clima, foi realizado um concurso de piadas sobre mulheres. Os candidatos contavam suas piadas e depois havia uma votação. Parece ingênuo e irritante pensar que utilizamos esta estratégia. Mas, se formos pensar no público que estava participando, eram homens que nunca haviam falado nada sobre o tema, a não ser em conversas de bar ou de rodas de futebol. Na faixa etária entre 30 e 55 anos, sabemos haver raríssimas ações para este público. Mas foi assim mesmo, as três piadas mais votadas foram as que serviram como estímulo e início das discussões. A primeira falava sobre traição, a segunda sobre homossexualidade masculina e a terceira sobre impotência sexual. A reflexão sobre gênero com estes homens foi pautada nesta realidade e também em outros recursos, como fitas VHS e outros materiais.

Conseguimos, assim, discutir as relações de gênero com grupos de homens e concluir que elas interferem em nossas vidas. Elas nos moldam, e procuramos nos adaptar ao que já está posto. Parece ser conveniente não discutir o que já está posto: “A sociedade sempre foi assim, e sempre será”. Quebrar as regras, questionar a sociedade e também questionar o lugar que estamos ocupando foi um grande ganho. Compreender, também, as razões de por quê os homens se distanciam dos serviços básicos de saúde foi um resultado para este grupo. “Eu não vou ao médico. Se descobrir alguma coisa, eu vou ficar pior”. Este não é um argumento somente da população

masculina, mas também vem acompanhado da imagem que somos “super homens”. O cuidado com a saúde é feito fora do sistema de saúde, que amedronta e desqualifica o homem. “Eu jogo futebol, trabalho e não sinto nada. Então sei que estou bem”. É verdade, vários participantes, ao relatarem como eram atendidos em Unidades de Saúde, falaram que o médico apenas perguntava o que estavam sentindo e muitas vezes nem tocava neles.

Discutindo sobre violência de gênero praticada contra mulheres, apontamos os vários tipos de violência. Avaliamos quais delas são praticadas. Se, no começo, todos negavam a prática, descobrimos que algumas faziam parte de suas vidas. Montando um quadro, vimos que a violência psicológica é a mais praticada. “Bater numa mulher é uma vergonha. Deixa marca, os vizinhos ficam sabendo. Mas essa aí que você está falando é mais comum”. Estávamos discutindo justamente sobre as formas da violência psicológica e como deixam marcas que são invisíveis e são igualmente prejudiciais à saúde da mulher. Mas também houve uma reação ao discutir a violência de gênero praticada contra homens, principalmente quando perdem o papel de provedor ou quando não correspondem ao modelo de masculinidade esperada pela sociedade. Mesmo compreendendo que a violência praticada contra as mulheres é um problema de saúde e de direitos humanos, vários participantes gostariam que também houvesse uma reflexão sobre os homens que apanham ou são desprezados e humilhados por suas parceiras, mas não podem falar porque têm que corresponder socialmente ao papel de serem homens. Questionados sobre o que fazer com o homem agressor, eles acham correto que ele pague pelo que fez, mas também que tenha uma chance de aprender a não ser violento com sua parceira.

Para concluir, podemos dizer que o curso para a Guarda Municipal de Diadema atingiu e superou suas metas. Discutimos e refletimos como as relações de gênero interferem em nossas vidas. Compreendemos que a violência de gênero causa danos à saúde da mulher e o quanto é importante pensar em políticas públicas que ampliem a questão de gênero para populações que não são normalmente atingidas por elas. Isto significa dizer que é necessário multiplicar experiências com grupos de homens em diversos espaços e funções. Hoje, estes guardas são vistos em seus serviços de creches, escolas, unidades de saúde e outros como aliados e defensores dos direitos de gênero. “Uma vez, lá na creche, chegou uma mãe com o olho roxo trazendo a criança. Eu pensei comigo, está aí deve ter aprontado alguma. Hoje percebo que estava errado. Agora, se puder eu aconselho e falo que tem um serviço de atendimento para a mulher na cidade e dou o endereço”. Esta frase foi dita no final do curso por um Guarda que, no início, zombava dos temas e dos colegas.

Uma estratégia de proteção às mulheres vítimas de violência: as Casas Abrigo

Paula Licursi Prates*

As casas abrigo foram criadas para oferecer moradia protegida e atendimento integral à mulher em situação de violência e a seus filhos. São serviços de caráter sigiloso e temporário que têm como objetivo dar condições para que a mulher se reestruture e reorganize a própria vida e a de seus filhos, “rompendo com o ciclo de violência”, e para o desenvolvimento da autonomia. Existem atualmente 12 casas abrigo funcionando no estado de São Paulo.

A casa abrigo deve ser utilizada como uma medida de proteção extrema, ou seja, quando a mulher corre risco de morte e não pode contar com o auxílio de seus familiares ou amigos, seja por razões econômicas ou pela crença de que a família deve permanecer unida a qualquer custo, independentemente dos sacrifícios ou riscos para a mulher. Há, ainda, os casos em que a família reconhece a necessidade de ajudar a mulher, mas não é capaz de apoiá-la por também estar ameaçada, se o fizer.

Por isso, o sigilo é a forma mais segura e é o principal critério para que a mulher possa permanecer no abrigo - sigilo que não deve se aplicar só ao companheiro, mas também aos familiares e pessoas que conhecem o autor da agressão e poderiam informá-lo sobre o paradeiro da mulher.

Além disso, no abrigo, a mulher e seus filhos contam com o apoio de profissionais que poderão orientá-la e acompanhá-la de maneira adequada a lidar com a situação em que se encontra.

O caminho da mulher até o abrigo

Normalmente a mulher que é encaminhada para o abrigo já vem com boletim de ocorrência ou termo circunstanciado realizado. O correto, em se tratando de violência doméstica (ameaça e lesão corporal leve) é a realização do termo circunstanciado (Lei 9099/95) mas, devido ao grande número de desistências dos processos por parte das mulheres, algumas delegacias registram o B.O. e aguardam decisão da mulher para dar andamento ao caso².

Os encaminhamentos para as casas abrigo são feitos pelas Delegacias da Mulher, albergues, Conselhos Tutelares e Centros de Atendimento à Mulher. A entrevista

de triagem deve ocorrer em algum destes locais, nunca no domicílio. Nessa entrevista é investigada a situação de violência vivida pela mulher e verificado se não existem outras alternativas. Algumas vezes a mulher precisa de ajuda apenas para pensar na situação e na própria entrevista consegue dar uma solução.

Se há a percepção de que não se trata de um caso que necessite do abrigamento, isto deve ser explicado para a mulher e ela deve ser reencaminhada (albergues, assistência psicológica, jurídica e social).

Sendo caso de abrigamento, deve-se explicar à mulher seu funcionamento e combinar sua ida (que pode ser imediatamente ou ela pode precisar de um tempo para buscar os filhos, pertences ou até mesmo esperar momento seguro para sair de casa).

Um dos fatores mais importantes sobre o abrigamento, e do qual depende seu sucesso, é que a mulher deve aderir à proposta do abrigo, pois o primeiro passo para a mudança é o comprometimento, é assumir o desejo de mudar a própria vida, o que é um processo lento, difícil e doloroso.

Normalmente, na triagem as mulheres estão confusas e muito preocupadas com questões práticas de sobrevivência e acham que tudo será mais fácil quando estiverem abrigadas, mesmo quando são avisadas de todas as alterações que isto implica em suas vidas: mudança drástica em sua rotina de vida e na sua própria condição (que de vítima passa a ser encarada como sujeito), a necessidade de romper temporariamente os contatos com familiares ou conhecidos e permitir que os mesmos sejam feitos em conjunto com a equipe técnica, assumir a responsabilidade sobre sua vida e a de seus filhos, adaptação e cumprimento das regras da casa, convivência em grupo, etc.

As mulheres não percebem a sua parte na construção da violência, sentem-se vítimas dos homens e acreditam

* Psicóloga, assistente de pesquisa do Núcleo de Investigação em Cidadania do Instituto de Saúde. Durante os últimos cinco anos coordenou uma das casas abrigo do município de São Paulo

² Esta lei considera a violência doméstica como crime de “menor potencial ofensivo”, que não prevê privação de liberdade, e sim a realização de acordos como pagamento de cestas básicas ou prestação de serviços à comunidade, o que cria a sensação de impunidade, tanto para as vítimas quanto para os autores da agressão.

que a separação física é suficiente para a mudança. No entanto, percebem-se algumas reações ao abrigo: tentativa em transferir a dependência do companheiro para o abrigo (que significa ter dificuldade em assumir a própria vida e em colocar limites continuando a ser vítima); crença de que já agüentou muito e não tem tolerância com as pessoas com quem passa a conviver; e, espantosamente, agressão aos filhos - o que é mais comum do que se imagina, talvez por a mulher assumir simbolicamente o lugar de "chefe" da família, a quem é autorizado socialmente o uso da violência com fins educativos.

As crianças

As crianças costumam reagir bem ao abrigo, embora seja difícil a adaptação quando não foram agredidas. De início, elas compreendem que estão no abrigo pois presenciavam as agressões paternas, mas, passado algum tempo começam a pedir para voltar para casa ou a dizer que estão com saudade do pai. Para a mãe é penoso lidar com este pedido, pois ela se sente culpada em separar a família. Muitas vezes, esta é a razão do retorno a sua casa.

Quando as crianças foram também vítimas de maus tratos ou abuso sexual, a adaptação é rápida e percebe-se um salto de qualidade no seu desenvolvimento, pois, no abrigo podem ter uma vida saudável, brincar, ir à escola, alimentar-se e dormir adequadamente.

A rotina

Uma vez no abrigo, as mulheres são responsáveis pela limpeza da casa, preparo do café da manhã e do jantar, além de cuidarem de seus quartos, roupas e objetos pessoais. Estas atividades são realizadas em forma de rodízio e definidas pelas educadoras em conjunto com as mulheres.

Após um curto período de adaptação, se iniciam os encaminhamentos aos recursos de saúde e a regularização de documentação (expedição de RG, CPF, título eleitoral e certidões de nascimento).

Em seguida, ocorre a inserção das crianças em escolas, EMELs, creches, atividades de recreação e lazer e os encaminhamentos dos casos para assistência jurídica e psicológica.

Concomitantemente, a mulher sai à procura de inserção profissional. Como o mercado de trabalho nem sempre absorve todas as mulheres, o abrigo realiza

oficinas de culinária, artesanato ou costura, de acordo com as habilidades do grupo, como alternativa para a geração de renda. Todo o material é providenciado pelo abrigo e a comercialização dos produtos é incentivada. Durante este processo, a mulher é orientada a realizar fundo de reserva financeiro como forma de se preparar para o seu desligamento da casa.

O abrigo oferece material de higiene e limpeza e vale-transporte para todas as saídas necessárias, mesmo quando a mulher passa a trabalhar.

O trabalho técnico (autonomia x proteção)

O trabalho técnico é o mais importante do processo de abrigo, principalmente porque, por meio dele, é que se torna possível promover transformações. Envolve o suporte individual e grupal às pessoas, encaminhamentos aos recursos da comunidade e acompanhamento, quando necessário, em audiências ou a delegacias.

A escuta nas entrelinhas da rotina é um requisito para identificar como a mulher está reagindo e enfrentando a situação. Questões relativas ao relacionamento em grupo, adequação à rotina, relação mãe/filho e a recente separação do companheiro surgem, demandando tempo e sensibilidade para serem trabalhadas de maneira positiva.

Deve haver cuidado neste seguimento dos casos, pois, em geral, a mulher está fragilizada e conta com poucos recursos para lidar com situações-limite dentro e fora do abrigo. Se a mulher se sentir ameaçada, vai embora, porque é mais fácil retornar para um estágio anterior, conhecido, do que "desbravar" o desconhecido, que implica em medo e risco. Além do fato de que todas as escolhas terão ganhos e perdas, portanto, quando, e se, isso é percebido, a ilusão do "serei feliz para sempre após a separação ou a ida para o abrigo" cai por terra e é necessário lidar com esta frustração.

Trabalhar a auto-estima, a sexualidade, o significado da violência em suas vidas, a repetição de história familiar, a independência financeira, a saída do lugar de vítima, o processo de responsabilização sobre a própria vida e sobre os filhos, a sensibilização para questões de gênero, cidadania e direitos humanos são os vetores do trabalho técnico.

Estes temas são trabalhados em grupo semanalmente e as estratégias utilizadas são diversas: dinâmicas de grupo, vivências, oficinas, e psicoterapia (fora do abrigo).

A mediação (familiar e agressores)

O trabalho de mediação se dá com o intuito de desenvolver a relação da família sob uma nova configuração, de desenvolver habilidades para manejar controvérsias futuras, de promover a reflexão, de conseguir um acordo e de administrar questões como pensão alimentícia, visita aos filhos (se for indicado) e divisão de bens.

Deve-se deixar clara a diferença entre mediação e reconciliação, pois são posturas diferentes. A mediação é importante para facilitar a reflexão no sentido de que os envolvidos alcancem um acordo sobre a possível resolução de suas questões pendentes. Já a reconciliação tem como objetivo o retorno do casal à convivência.

É importante lembrar que nem todos os casos são chamados para mediação pois, dependendo da periculosidade do agressor, o caso é encaminhado pelas Varas Criminais e da Família. Todavia, estes homens, quando se apresentam, comportam-se de modo pacífico, aparentemente incapazes de cometer as crueldades relatadas pela mulher e crianças; declaram-se arrependidos e dispostos a ter a família de volta.

A prática demonstra, no entanto, que o simples desejo de mudar não é suficiente, pois quando há o retorno, passado um período que denominamos “lua de mel”, as agressões voltam a acontecer, às vezes até de forma pior do que anteriormente. Finalmente, a mulher percebe que nada mudou e ela já usou os recursos existentes na região, perde a credibilidade na delegacia e nos serviços e sente-se envergonhada por ter acreditado mais uma vez na relação.

Em outros casos, percebe-se que o período de abrigo fortalece a mulher, que aprende a se defender, a usar os serviços caso necessite e, assim, consegue administrar a relação sob um novo contrato.

É fundamental passar a atender o agressor e tratá-lo. Embora existam ainda poucos trabalhos nesta área, acredita-se que esta seja uma forma de evitar a repetição da violência, seja com a mesma companheira com outra.

Também podem-se chamar para a mediação familiares ou pessoas significativas da mulher, com o intuito de sensibilizar e conscientizar a família sobre a situação que ela está passando. É comum o receio e o preconceito com relação ao abrigo, pois, no imaginário, ele está associado à população de rua. Este trabalho com a família é importante, pois, provavelmente, a mulher vai precisar do apoio dos familiares ao sair do abrigo.

Acompanhamento pós-desabrigo

Para concluir, apresentamos alguns dados de atendimento de uma casa específica.

Do conjunto de mulheres atendidas durante um ano, 40% dão início a uma nova vida ou retornam para a família de origem; 40% retornam para o companheiro; 10% são transferidas para outras entidades; 10% tem paradeiro desconhecido.

Estes números se referem ao destino imediato da mulher. Sabe-se que ocorrem migrações entre estas possibilidades, mas não existe acompanhamento destes processos. Para entender melhor como a mulher se organiza e suas formas de enfrentamento da realidade após o período de abrigo, seria importante acompanhá-la por um período após o desligamento, o que ainda não acontece na maioria dos casos.

Finalizando

Sendo uma estratégia relativamente recente, ainda não existe uma avaliação mais precisa da efetividade do trabalho das casas abrigo em proteger a mulher de riscos de vida, em facilitar com que ela reconstitua a sua vida em outro patamar, rompendo o círculo da violência, ou, ainda, quais os efeitos deste tipo de alternativa para o desenvolvimento das crianças, trabalho que precisa ser realizado imediatamente, para que se possa aprimorar este tipo de suporte, que parece ser a única alternativa em algumas situações.



Por que a FEBEM?

Glays Romeo Peccequillo¹

O Grupo Tortura Nunca Mais de São Paulo (GTNM-SP) tem sua origem na resistência à ditadura militar, quando um grupo de pessoas se organizou atrás do paradeiro de familiares presos e desaparecidos nas mãos do Exército e das polícias estaduais.

Os fatos revelados durante essa busca descreveram um hediondo mundo de tortura e assassinatos institucionalizados, regra nos interrogatórios policiais, crimes sistematicamente praticados pelo Estado em nome de uma duvidosa Segurança Nacional.

A democratização política do país, completados agora 25 anos da anistia, trouxe de volta ao nosso convívio tantos brasileiros que cumpriam pena por terem sonhado e lutado por uma sociedade mais justa e humanitária, muitos vindos do exílio, muitos do cárcere. Todos testemunhas e vítimas das atrocidades da ditadura.

Hoje, apesar de convivermos com um sistema econômico que exclui e cala amplas camadas da população, reconhecemos a volta do estado de direito e o resgate das instituições democráticas que permitem a organização de grupos sociais para denunciar e exigir das autoridades garantia dos direitos conquistados.

No entanto, tantos anos de terrorismo de Estado fizeram escola e tendem a perpetuar-se nas relações entre as forças policiais, responsáveis pela segurança da sociedade, e a população pobre.

O GTNM-SP, com o peso da sua história de luta pela liberdade e defesa dos direitos humanos, não poderia fugir à responsabilidade de identificar e lutar a favor daqueles que hoje ocupam o lugar de seus filhos nas catacumbas criadas pela ditadura militar.

E, dentre todos, reconhece como duplamente martirizados aqueles que, crianças ainda – e como que num último pedido de socorro –

acabam se envolvendo com o mundo das infrações e conhecendo de perto o sistema de punição reservado para adolescentes no nosso país.

Dotado, desde 1990, de uma das mais avançadas legislações para crianças e adolescentes do mundo – o Estatuto da Criança e do Adolescente – o Brasil é considerado um dos piores centros de tratamento dessa população, quando se fala em regime de internação para jovens infratores.

No caso de São Paulo, é a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor, Febem-SP, a instituição que atende, desde 1973, os adolescentes que respondem por atos infracionais, limitando-se, mais recentemente, àqueles que cumprem medida sócio-educativa de internação.

Criada durante a ditadura, a Febem-SP chegou a abrigar, naquela época, filhos de presos políticos, crianças que eram mantidas longe dos pais, até como pressão para maior eficiência dos interrogatórios. À maneira dos cárceres daquele tempo, a Febem preserva as práticas então instituídas e mantém, ainda hoje, espaços destinados à tortura e espancamentos, inclusive celas de isolamento, onde os adolescentes permanecem até que suavizem as marcas dos castigos.

Mas, quem são esses jovens que, em pleno século XXI, alimentam o furor dos agentes do estado pela vingança, na lei paralela do “olho por olho”?

Originários de famílias pobres, elas mesmas alijadas e excluídas das políticas sociais básicas, são jovens que respondem por crimes que vão desde pequenos furtos, tráfico de drogas e roubos, até latrocínio, estes em proporção infinitamente menor que aqueles. Ou seja, pequena porcentagem dos adolescentes que

¹ Advogada. Membro do Grupo Tortura Nunca Mais de São Paulo.

hoje lotam as unidades da Febem de São Paulo cometeram os chamados crimes de muita gravidade, ou crimes com uso de violência, únicos para os quais a lei determina, como punição, a medida sócio-educativa de internação.

Por que, então, o sistema judiciário continua lotando essas prisões, à revelia da própria lei, com jovens que deveriam receber punição de outra natureza, dentro da lógica moderna e pedagógica do ECA?

Em primeiro lugar, e nesse ponto somos obrigados a admitir nossa parcela de responsabilidade, porque a sociedade paulista está legitimando o papel criminalizador das instituições públicas que atendem a população pobre. Esse aval é suficiente para que permaneçam escondidos entre muros tanto os adolescentes quanto as barbaridades que contra eles são cometidas.

Roberto da Silva, autor do livro “Filhos do Estado”, doutor em pedagogia pela USP e ele próprio ex-interno da Febem-SP por mais de 15 anos, constata que a Febem desempenha um papel criminalizador de jovens pobres e que o Estado, através dela, “prepara e conduz milhares de crianças abandonadas e/ou marginalizadas para o mundo do crime”.

Acrescente-se a isso o total desrespeito ao legítimo direito que todo brasileiro tem a julgamento justo, através de processo que lhe garanta ampla defesa.

A justiça, no Brasil, é cara e a ela têm acesso apenas os que podem pagar por bons advogados. Daí advém que, aos jovens pobres restam defesas gratuitas em geral improvisadas e mal feitas, peças burocráticas que servem apenas para *legalizar* ritos processuais.

Sem entrar, por ora, na discussão a respeito das causas que levam jovens à delinqüência – e nisso estão incluídos jovens de todas as camadas sociais – é preciso pontuar, que, nas unidades da Febem de São Paulo, estão internados apenas adolescentes pobres, filhos de famílias elas mesmas despossuídas e marginalizadas desde sempre, jovens que, em

sua grande maioria, cometeram infrações de pouca ou nenhuma gravidade, foram julgados sem garantias processuais mínimas, receberam sentenças em total desacordo com a legislação e lá permanecerão, entregues à própria sorte e à sanha raivosa de pessoas despreparadas que reproduzirão, no seu corpo, a ideologia da vingança.

São essas as razões que levaram o GTNM-SP à criação de uma Comissão que, há quatro anos, vem se dedicando a denunciar as torturas de que são vítimas os jovens internados na Febem de São Paulo e a lutar pela extinção dessa instituição perversa e degradante, resquício de uma época que atingiu o coração de todo o povo brasileiro.

A disposição do Grupo Tortura Nunca Mais de São Paulo é não esmorecer na luta pela efetiva aplicação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que determina a municipalização de todo o sistema de medidas sócio-educativas e a criação de núcleos de serviços integrados para atendimento dos jovens suspeitos de terem cometido infrações, garantindo-lhes acesso a profissionais competentes que, por formação, estão aptos a oferecer o apoio e a ação educativa de que tanto necessitam.

Que os centros de internação para jovens, em São Paulo, sejam realmente para abrigar aqueles responsáveis por infrações graves ou praticadas mediante violência, para os quais nenhuma outra medida se mostre eficiente, respeitado o princípio da excepcionalidade na aplicação da punição, o princípio da brevidade da permanência do jovem em internatos e sua condição de pessoa em desenvolvimento, como manda o art.121 do ECA.

Que a internação de adolescentes infratores se dê em centros especializados que abriguem pequenos grupos, garantindo-lhes as condições estabelecidas no art. 124 da mesma lei, e, principalmente, que o acolhimento se dê em estabelecimento educacional que possa desenvolver uma intervenção verdadeiramente pedagógica na vida dos jovens.

Tortura, nunca mais.

Mapeamento das Iniciativas de enfrentamento à violência no Estado de São Paulo

Josiane Dias Ribeiro, Wilza Vieira Villela¹

Dentro do projeto “Contribuições do setor saúde para o enfrentamento da violência no Estado de São Paulo” (FSP/CIP, apoio FAPESP), coube à equipe do Instituto de Saúde realizar o mapeamento das iniciativas de enfrentamento da violência implementadas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, identificando, ao mesmo tempo, os facilitadores e dificultadores para seu êxito. Numa primeira etapa, foi realizado o levantamento dos hospitais que estavam registrados nos plantões controladores como capacitados a atender acidentes e violências para avaliar a sua real capacidade de realizar o tipo de atendimento necessário.

Considerando as causas de óbito por acidentes externos, definiu-se que um hospital com capacidade de atender com resolutividade acidentes e violências graves, onde há risco de vida para a vítima, deveria contar, ao menos, com leitos SUS, uma ambulância equipada para realização de procedimentos básicos de emergência, tomógrafo, unidade de terapia intensiva e centro cirúrgico com capacidade de atender a politraumatizados.

Aplicando estes critérios aos hospitais cadastrados, por meio de contatos telefônicos, foi possível verificar que apenas 39 dos mais de cem hospitais relacionados nos sistemas de regulação efetivamente se constituíram em suporte para este tipo de atendimento especializado.

Na segunda etapa do projeto, ora em andamento, nos voltamos para o atendimento ambulatorial dos casos de violência doméstica, a partir do reconhecimento do grande esforço que tem sido realizado, especialmente por parte da Prof. Lilia Blima (FM- USP) na capacitação de profissionais para identificação de casos e estabelecimento de redes locais para acompanhamento após o diagnóstico.

O processo de levantamento de dados seguiu a mesma técnica utilizada na etapa anterior: foi solicitado, por escrito, às Diretorias Regionais de Saúde informações sobre unidades e serviços capacitados a atenderem casos de violência

doméstica nos municípios da sua região de abrangência. As informações enviadas por escrito foram checadas por meio de contato telefônico. No caso de confirmação da existência do serviço, este foi contatado visando a realização de uma rápida entrevista com os seus responsáveis, a fim de serem verificados detalhes do funcionamento e, especificamente, a rede de referências do serviço e as principais dificuldades para o seu funcionamento.

Verificou-se que poucos municípios têm atendimento de saúde específico para casos de violência doméstica. Mesmo serviços que contam com profissionais que passaram por treinamento específico sobre o tema, referem dificuldades de implementar este tipo de atendimento, seja pela dificuldade de estabelecer fluxos internos na unidade para o adequado acolhimento dos casos, seja pela dificuldade de estabelecer fluxos externos para encaminhamento dos casos, quando necessário. Segundo os informantes, tem havido mais sucesso na implantação de serviços de atendimento a vítimas de violência sexual, em parte por haver um maior consenso da sociedade a respeito deste evento, em parte por que o atendimento a esses casos inclui procedimentos médicos e policiais bem estabelecidos, o que reduz o sentimento de angústia e impotência do profissional - freqüente nos casos de violência doméstica, em especial contra crianças.

Alguns dos resultados desta etapa estão sucintamente descritos a seguir:

- Na cidade de SÃO PAULO, está em andamento o projeto Resgate Cidadão, que, em uma das suas linhas de ação, capacitou uma equipe em cada distrito de saúde para dar atendimento e seguimento a mulheres e crianças vítimas de violência doméstica na sua área de abrangência

¹ Núcleo de Investigação em Cidadania e Saúde, IS/CIP.

e implantou um sistema de informação para esses eventos.

- Em SANTO ANDRÉ, existe um trabalho de atendimento à violência sexual. O município formou uma rede de atendimento para atender os casos de violência; as ONGs ficaram responsáveis por casos de violência doméstica e a saúde com a parte de violência sexual. São referidas algumas dificuldades no envolvimento dos profissionais com questões de violência. No trabalho em rede, o atendimento a vítimas de violência sexual está mais amadurecido. É um trabalho conhecido no município e os casos são encaminhados para a saúde de qualquer ponto onde haja a identificação do caso.
- Em ITAPECERICA DA SERRA, existe o atendimento à mulher vítima de violência doméstica e/ou sexual há mais ou menos dois anos, em dois hospitais. Este ano (2004), todas as unidades básicas de saúde foram treinadas para dar um primeiro atendimento às mulheres. O sistema de informação também está sendo implantado.

§ As principais dificuldades encontradas no trabalho referem-se a:

- Medo do profissional de se ver envolvido com a questão da agressão. Medo de “sobrar para ele”, quando a mulher denuncia e depois se arrepende. Em briga de marido e mulher...
- Quando a agressão é contra criança, o profissional teme ser chamado juridicamente para falar sobre o caso, sendo co-parceiro na denúncia.

A equipe discute esses assuntos e salienta que o profissional fica anônimo e não tem que depor na justiça.

Outro tema discutido é a responsabilidade de não se omitir na questão da violência.

O trabalho parte do acolhimento. A mulher que sofre violência é recebida e o acolhimento vai acionar o psicólogo, o diretor, a enfermeira, vai ser feita a quimioprofilaxia nos casos de violência sexual e, nos casos de violência doméstica, a mulher vai ser ouvida sobre o desejo de fazer ou não um boletim de ocorrência.

Existe um entendimento de que tem que ser respeitado o momento da mulher. A lei é importante, mas o sentimento da mulher também. A mulher tem

que ser apoiada neste momento, sem ser obrigada a denunciar. No trabalho, tem que existir a flexibilidade para lidar com isso, se não também é violência.

Essa é uma questão nova na saúde e para o profissional de saúde é difícil ouvir sobre violência. O profissional pode omitir-se e deixar de fazer um atendimento específico por não estar preparado para lidar com o tema. Os profissionais podem também procurar o psicólogo, quando existe este profissional na unidade.

Os agentes de saúde também têm dificuldade em lidar com a violência doméstica, principalmente pela característica de o trabalho deles ser direto com a população e na casa das pessoas atendidas. No entanto, as equipes devem estar preparadas para lidar com a violência, pois existe a procura e a unidade não pode deixar de atender. Uma alternativa desenvolvida em Itapecirica da Serra é o projeto APOIO PSICOTERAPICO – GENTE QUE TRABALHA COM GENTE, que se constitui de quatro meses de psicoterapia em grupo com toda a equipe.

- Em CAMPINAS, existe um trabalho voltado para a violência sexual chamado PROJETO ILUMINAR e, para a violência doméstica, existe o projeto QUEBRANDO O SILÊNCIO.

O Projeto Iluminar está implantado há aproximadamente três anos e atende vítimas de violência sexual: homens, mulheres, crianças e adolescentes. Tem a parceria da guarda municipal, do IML e um legista é chamado até o local de atendimento. Segundo a coordenadora de Saúde da Mulher da região, a partir do projeto, a violência sexual passou a ser vista como uma questão de saúde e não de polícia.

Dentro do Projeto QUEBRANDO O SILÊNCIO, 1400 profissionais, incluindo funcionários de escolas, creches e EMEIs, conselhos e ONGs, foram capacitados para atendimento às crianças vítimas de violência doméstica. O trabalho conta com assistência jurídica, psicológica e social e coloca a família toda como vítima, direcionando o atendimento a este coletivo. O município conta com uma casa abrigo e a notificação de maus tratos ou abuso pode ser feita também pela internet.

As principais dificuldades apontadas foram:

- a pouca experiência de trabalho em rede, e a dificuldade de muitos serviços em perceber o

que pode ser feito no seu âmbito de atuação, sem ter que encaminhar todos os casos;

- a competição entre os serviços;
- a pouca experiência de trabalho intersetorial entre as Secretarias de Saúde, Educação, Segurança e Assistência, mais diretamente envolvidas no projeto;
- muitos profissionais ainda relutam em aderir ao projeto, por medo de lidar com a violência.

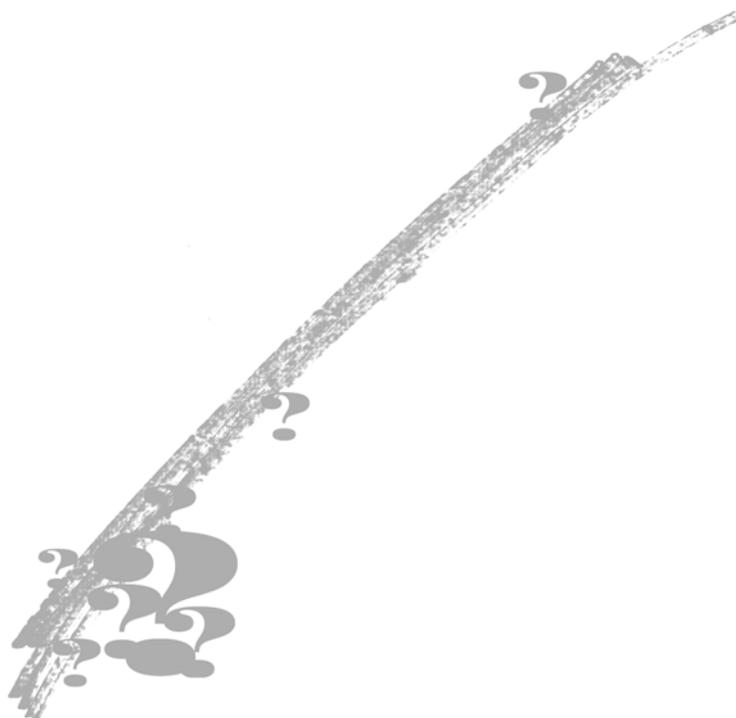
O trabalho é monitorado por meio de um banco de dados que permite o acompanhamento da situação de cada notificação.

À exceção de Ribeirão Preto, nas demais DIRs, não existe conhecimento sobre trabalhos específicos no cuidado com a violência sexual e doméstica. Alguns entrevistados responderam que quem cuida disso é a delegacia de polícia. Outros vêem a necessidade de desenvolver uma atividade nessa área, mas apontam dificuldades nos recursos para esse trabalho. A equipe precisa estar preparada para trabalhar com essa questão, considerando treinamento, disponibilidade pessoal - há profissionais que têm medo do envolvimento com

questões particulares dos usuários de serviços de saúde. Há, também, questões burocráticas, como o respaldo legal para atendimento de violência e a validade do laudo do profissional que faz o primeiro atendimento.

Descentralizar os serviços que atendem casos de violência foi uma alternativa encontrada por municípios que trabalham com a violência há algum tempo para lidar com algumas resistências de profissionais; manter uma pauta de discussão entre os profissionais e com outros setores da sociedade tem sido a solução encontrada para garantir a continuidade do trabalho em locais onde ainda está menos solidificado.

Como podemos ver por este fragmento de material, existem problemas para incorporar o atendimento à violência nos serviços de saúde, do mesmo modo que têm existido iniciativas visando a superação destes problemas. Dentre essas, cabe ressaltar as que têm buscado visibilizar o problema da violência doméstica, problematizando a dicotomia entre público e privado, lembrando que o profissional de saúde sempre teve acesso a ambas as esferas da vida de seu usuário e, fundamentalmente, criando novos sentidos para a idéia de saúde, de violência e suas conexões.



A vida aí fora (ou, há vida aí fora)

Carlos Botazzo*

Manhã de domingo num bairro pobre da periferia, a oeste da região metropolitana. Desde a entrada, quando se cruza uma ponte estreita sobre um córrego sujo, observa-se grande número de moradores em deslocamento apressado. É junho, a chuva fina dos últimos dias cedeu lugar a um sol resplandescente num céu de azul cristalino, luminosidade intensa e um frio de rachar.

Contorno a base do morro, por uma viela irregular que margeia o córrego, me desviando de buracos, valetas, lombadas e de carros e motos num vai-e-vem incessante. Noto a atividade econômica do local: oficinas, pequenos bares, salões de cabeleireiro, marcenarias, biroskas. Mistura de tons, poluição visual com muitas faixas ou placas toscas anunciando produtos, vantagens ou liquidações. Terminado o contorno, entro à direita, subo uma ladeira íngreme e me embarafusto por outra viela, que parece contornar em círculo todo o morro. O cenário é ligeiramente diferente. Se a rua em baixo serve de passagem, esta de cima desvela a vida local. Cães à solta, uns poucos carros, sempre muito velhos, bicicletas, motos e os moradores dali que aproveitam o sol, alguns sentados nas calçadas, outros nos portões, meninos e meninas em descontraída algazarra, há os que voltam da feira e há os que vão ou voltam dos templos, grupos de crentes, os homens no destoante arranjo de terno e gravata, as mulheres com seus longos cabelos e saias. *Pentecostal fashion*, me ocorre pensar. Biroskas abertas, é o que mais se vê, já com muitos clientes no afã de degustar a *breja* matutina.

Logo adiante encontro meu cicerone tiritando de frio: jovem, magro, alto, 23 anos, ligeiro, carapinha

cortada rente, último filho entre 8 irmãos. Combinamos que faria uma visita à vila (lá fora não se diz morro ou favela, isto é deseducado) e ele me conduziria num *tour* de algumas horas. Quero ver mais de perto o que há para ser visto, já que penso situar no local um projeto de pesquisa. Me cumprimenta efusivamente e já insiste na primeira visita: quer que conheça a mãe. Meto-me por um portão, desço longo lance de escada, e entre portas e janelas deslocadas, encontro uma senhora à entrada da cozinha. Feitas as apresentações, ambos me deixam à vontade em meio a ofertas de suco, cafezinho e biscoitos. Começava a preparar o almoço: frango de panela com batata e molho, macarrão, arroz, feijão, salada. Pede desculpas pela simplicidade da preparação. “Então o senhor é o Carlos”, ela diz, “meu filho fala muito no senhor”. Magra e alta, embora não como o filho, seu semblante, num rosto sulcado por rugas, é tranqüilo e fala com voz mansa e pausada, com discreto sotaque mineiro. Seus longos cabelos brancos, amarrados na nuca, e a longa saia denunciam a filiação religiosa. Entabulamos uma “conversação” que flui devagar, me fala da casa e das sucessivas “reformas” e adaptações, mostra o pequeno quintal, as plantas que cultiva, o quaradouro da roupa, acrescentando que, no inverno, ali bate pouco sol. Me interesse pelo que faz e pergunto pela saúde. Diz estar bem, apenas pressão alta e glicemia. Diz que a pressão é alta por conta do estresse. “É por causa dos filhos”, acrescenta. Faz pequeno silêncio e depois desembulha o “pacote”: 2 mortos pela polícia, 1 que está saindo agora, outro que continua

* Pesquisador-científico do Instituto de Saúde, Núcleo de Investigação em Cidadania e Saúde

no cadeião de Piedade. Tudo artigo 12 e 157 (tráfico e assalto). “Fazer o quê, é vontade de Deus”. Não digo nada, a conversa esfria. Lembro que é viúva há menos de um ano e pergunto pelo ocorrido. Fala longamente da doença do falecido; acrescenta que foi bem atendido pelos “médicos”, diz que passou 35 dias internado no hospital da cidade e mais 25 no INCOR. “Não tinha mais jeito, idade, sabe, o coração já não prestava”. E a senhora, pergunto, tem atendimento? “Sempre que necessito”, é a resposta, “se estou com pressa, vou no postinho da vila, senão vou lá em baixo no posto maior”. Assim, tem dois prontuários num sistema “único”. Faz consultas e exames, pega remédios, é encaminhada para o hospital. Elogia as enfermeiras e os atendentes, e que nem precisa marcar hora. Diz se sentir bem, apesar da idade e do estresse. Seus olhos brilham mais, talvez pela lembrança do marido falecido e do drama dos filhos. Dou a visita por encerrada.

Saímos, galgando as escadas e atravessando a estreita porta da rua. Rumino em silêncio o que acabara de ver e ouvir e não deixo de refletir sobre as contradições sociais todas ali materializadas, inclusive as de um SUS includente. O sistema é gambeta, sabemos, mas onde um velho proleta conseguiria tantos dias de internação? E onde uma senhora idosa conseguiria tantas consultas e exames, praticamente à porta? Estranho Brasil de muitos brasis.

Entramos no carro e tocamos por ruelas curvas. Vamos conhecer alguns equipamentos, quero saber da localização de escolas e creches, quadras esportivas e áreas de lazer. Aqui tem uma associação de moradores, lá está a escola infantil, adiante, fica a pequena UBS a que a senhora havia se referido. Depois de muitas subidas e curvas, atingimos um conjunto habitacional, com predinhos de 4 andares estilo BNH, e nele uma escola estadual, com quadra

coberta. Paramos um pouco observando o movimento. Rola um futsal na quadra, umas 40 pessoas acompanham. Meu cicerone informa que o espaço é aberto, e dá pra bater uma bolinha de vez em quando. Quero saber quem mora no conjunto, “É gente daqui”, fico sabendo, “mas o pessoal não se mistura”.

O sol está gostoso, apesar do vento cortante o frio está mais suave. Deixamos a quadra para trás e estacionamos num platô, vista deslumbrante, montanhas ao longe na direção dos mananciais da região de Caucaia. Fazemos o caminho de volta e entramos outra vez no labirinto de barracos e auto-construções anunciando a “favela” local. “Pára aqui”, me diz o cicerone, “quero lhe apresentar uns amigos”. Na calçada, estão uns meninos, um jovem trepado no muro e uma senhora sentada nos degraus de uma escadinha que avança terreno adentro. Somos apresentados, meu cicerone desaparece, e me vejo na circunstância de conversar com pessoas que nunca vi. O rapaz tem 22 anos, até há três meses desempregado, agora faz embalagens numa empacotadora de cestas básicas. Ganha 1 salário e meio, mais alimentação e transporte. “É uma merreca, mas melhor que nada”, garante. Tem aparelho nos dentes. A senhora é a mãe e permanece sentada na escadinha. Baixinha, morena, sorve lentamente de um copo com aguardente até quase a borda, e faz questão que eu prove. Me oferece um cigarro e pergunta da minha vida, o que faço naquele lugar e, não sei por quê, anuncia que estou em segurança. Invertem-se os papéis, pensei. Então, conversamos. Seu filho mais velho está preso, 157, acusação falsa, diz que o menino foi tolo. Detalha o processo, anuncia medidas e cauções, recita acórdãos. Impressionado com tanta familiaridade jurídica, descubro que tem “doze anos de experiência no fórum da cidade”. Isto foi há muito tempo, mas o conhecimento permaneceu. Faz quase 15 anos é funcionária da saúde, atendente na UBS maior do

bairro. Não deixo de sorrir com a casualidade deste encontro, pois é nesta unidade que desejo organizar meu trabalho. Ela se coloca à disposição e que apareça lá quando quiser.

O cicerone retorna, nos despedimos animadamente (“Jesus te ama!”, ela diz) e, saídos do labirinto, paramos numa venda para tomar água. Muita gente no lugar naquela hora, uns comprando coisas para terminar o almoço, outros bebendo aguardente e cerveja. Confiro as prateleiras e os produtos expostos. Nenhuma marca conhecida, confirmando o que observei em outros lugares. A estética é própria, coisas amontoadas, velhas prateleiras com um colorido distinto, cheiros em profusão, os saneantes e os sabões, os desodorantes e os detergentes, géis e xampus, bacalhaus, batatas, carne seca. Penso que aquelas casas cheiram diferente das nossas. Penso em seguida que não temos “nosso” cheiro, que o odor do nosso corpo e da nossa morada é o cheiro que nos é imposto pelo

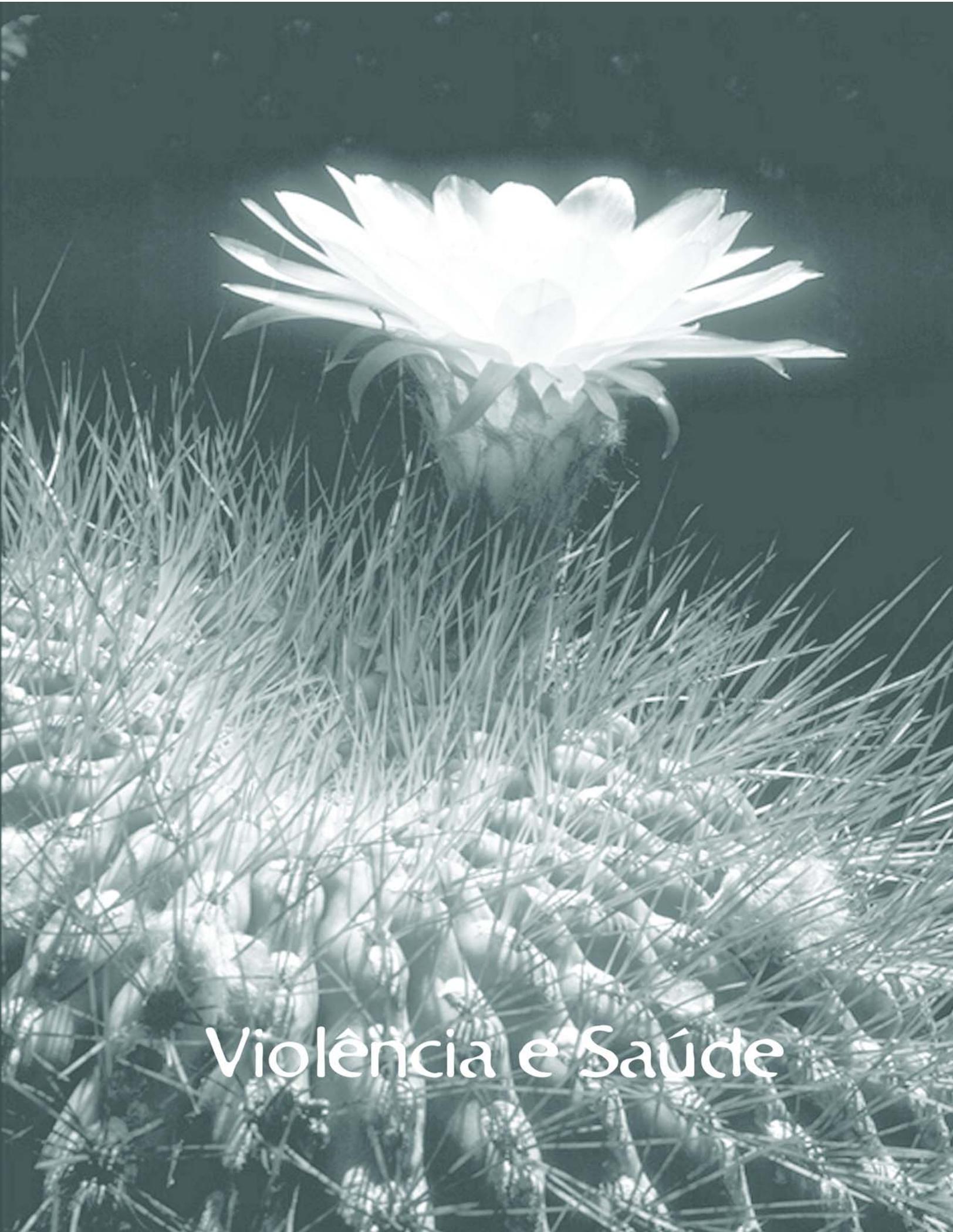
químico industrial. Aqui e lá toma-se banho e se escovam os dentes, tanto quanto são limpados banheiros e cozinhas. A intensidade olfativa é distinção de classe.

Termina a visita. Meu cicerone vai me deixar na entrada da vila, do lado oposto por onde entrara. É quase hora do almoço, vejo um monte de gente num prédio à esquerda. Ali é a Igreja Católica e o centro paroquial e assistencial, com um nome de santo que não consigo ler. Em frente, um desmanche e uma oficina de autos com as tralhas. “Foi aqui que mataram um cara semana passada, a bocada é quente”, informa o cicerone.

Santa e fronteira contraditória, ideologia e realidade postas uma diante da outra, separadas por poucos metros e sem que se comuniquem!

Pego a estrada em direção à cidade. Não sei quando, mas um dia estarei de volta.





Violência e Saúde