

---

# VIOLÊNCIA: UM TEMA QUE A REALIDADE SOCIAL IMPÕE À ATENÇÃO MÉDICA

Maria Cecília de Souza Minayo \*

O tema da violência faz parte da nova pauta do setor saúde, evidenciada pelas mudanças no perfil epidemiológico do país que, nos últimos 30 anos, passou por uma transição importante. Às enfermidades infecciosas e parasitárias, colocadas nos primeiros lugares como causas de morte e de morbidade, se sucederam doenças vinculadas às condições, situações e estilos de vida. Essa transformação importante (Frederiksen, 1969; Omram, 1971) possui peculiaridades no caso brasileiro (Barreto & Carmo, 1994; 1995) onde se observa a convivência de situações e doenças típicas do subdesenvolvimento econômico e social e de elevados índices de qualidade de vida. As três primeiras causas de mortalidade hoje no Brasil são, pela ordem, as enfermidades cardio-vasculares, as violências e os acidentes e as neoplasias. Todas elas pedem formas de prevenção e de tratamento que excedem o estrito paradigma biomédico exigindo-se a integração da visão biológica com a complexidade dos modos de vida e das relações sociais.

Se é verdade que a partir da década de 60 e 70, tem havido no país um grande esforço teórico-metodológico para compreender a saúde como uma questão complexa, resultante de determinações e condicionantes sociais, **nunca um tema provocou tanta resistência para sua inclusão na pauta sanitária como tem sido o caso da violência.** As razões são muitas. Algumas vêm do próprio âmbito onde o tema tem sido tratado tradicionalmente, o terreno do direito criminal e da segurança pública. Desde que se constituíram, os Estados Modernos assumiram para si o monopólio legítimo da violência, retirando-a do arbítrio dos indivíduos, tornando a sua coibição, um serviço público exclusivo das polícias, milícias e exércitos, além de codificá-la no campo da justiça criminal. (Burke, 1995). Outros motivos vêm dos fundamentos filosóficos da área, terreno de quase monopólio do modelo médico e biomédico, cuja racionalidade tende a incorporar o social apenas como variável ambiental da produção das doenças. Portanto, se a violência é o problema que aparece de forma estranha na agenda da saúde, não é só ela que provoca turbulência na técnica da atuação médica exigindo transformações conceituais.

Essa visão começou a mudar na década de 60, numa das especialidades mais sensíveis do campo médico. A pediatria americana passou a estudar, a diagnosticar e a tratar a chamada *síndrome do bebê espancado*, colocando-a como um sério problema para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Já uma década depois, vários países haviam criado, dentro dos setores sociais e de saúde, programas não apenas assistenciais como também preventivos e assistenciais de violência intrafamiliar, tornando pú-

blico e passível de intervenção, um problema até então tratado como de foro íntimo.

Na década de 70, foi a violência contra a mulher que passou a se incorporar à pauta dos atendimentos, problema trazido para a agenda pelo movimento feminista do qual passaram a participar muitas médicas. Sua filosofia e método de trabalho, buscando sensibilizar as mulheres e a sociedade contra a opressão e a dominação proveniente da cultura patriarcal, vêm se firmando nas instituições e gerando mudanças essenciais na abordagem da saúde. A violência fundamentada no gênero tem evidenciado os malefícios diretos das agressões conjugais, das mutilações, dos abusos sexuais, psicológicos e dos homicídios, e os efeitos indiretos sobre a qualidade de vida das mulheres.

Em 1975, o *British Medical Journal*, pela primeira vez falou sobre abusos contra idosos num editorial denominado *Granny-battering* (Burston, 1975), colocando o tema na pauta da área da saúde. Hoje esse é um tema que vem sendo incorporado pelo Ministério da Saúde e pelas mais diferentes agendas do setor, seja pelo crescimento do número de idosos (o IBGE revela que em 2002 já existiam mais de 16 milhões de brasileiros acima de 60 anos,!) seja pela elevação da consciência social sobre a necessidade de proteção, respeito e valorização desse grupo social.

Dentro do movimento internacional o Brasil vem aos poucos se incorporando de se destacando. Foi só a partir da década de 80 que a agenda do setor admitiu a discussão sobre a problemática da violência. Essa nova orientação parte de dois parâmetros. De um lado, observa-se a própria ampliação contemporânea da consciência do valor da

---

vida e dos direitos de cidadania, sucedendo aos períodos de autoritarismo político. De outro, tornaram-se irreversíveis as mudanças dos perfis de morbimortalidade e as novas demandas que eles trazem para os serviços de atenção médica. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tem tido um papel fundamental na sensibilização para essa problemática e na inclusão do tema na agenda do setor, consolidando documentos específicos, discutidos em sua assembléia anuais. De importância fundamental foram as de 1993 e 1994 que trataram especificamente do assunto. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua 49ª Assembléia reafirmou o tema como uma de suas prioridades de atuação. E colocou a violência como um dos cinco problemas principais a serem objeto de políticas específicas para as Américas, nos dez primeiros anos do século XXI. (Minayo & Souza, 1999).

O Ministério da Saúde, depois de anos de relutância em assumir o tema como parte de sua responsabilidade setorial, em 2001 oficializou um documento denominado *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência* (Portaria de 16/5/2001) em que define e classifica esse problema do ponto de vista da mortalidade: homicídios, suicídios e acidentes em geral; e da morbidade: as lesões e traumas provenientes de atos violentos ou omissões de cuidados que configuram abusos ou maus-tratos, aí se incluindo lesões físicas e psíquicas, envenenamentos, os ferimentos, fraturas, as queimaduras e as intoxicações. Todos esses fenômenos estão categorizados na Classificação Internacional das Doenças, (CID) como *causas externas*. Ele deve ser a base para a orientação curricular ou de formação permanente de todos os profissionais do setor saúde.

Um dos problemas enfrentados pelos que estudam e discutem a violência é a sua etiologia e a sua pluricausalidade. Recente Relatório da OMS propõe um modelo ecológico para sua explicação (OMS, 2003). O primeiro nível busca identificar os **fatores biológicos e pessoais** que cada pessoa porta em seu comportamento, concentrando-se nas características que aumentam a possibilidade do indivíduo ser vítima ou perpetrador de violência. No segundo nível, são nomeados os **fatores relacionais**, evidenciando-se as interações sociais, nos âmbitos mais próximos dos companheiros, dos colegas, dos parceiros íntimos, dos membros da família, e sua influência na vitimização ou na perpetração da violência. No caso dos jovens, o documento reafirma a importância dos amigos como incentivadores de atividades delinqüências e criminosas. Em terceiro lugar são colocados os **fatores comunitários** e sua influência na dinâmica da violência. Nesses contextos comunitários são nomeados os locais de trabalho, a escola e a vizinhança e como problemas, os altos níveis de desemprego, a pre-

sença de tráfico de drogas e de armas e componentes de ordem relacional, como o isolamento social em que vivem determinadas famílias. Em quarto lugar, o modelo ecológico enfatiza os **fatores sociais mais amplos** que contextualizam os índices de violência. Citam-se: normas culturais que a justificam como forma de resolver conflitos; atitudes que consideram a opção pelo suicídio como um direito de escolha individual; machismo e cultura adultocêntrica; normas que validam o uso abusivo da força pela polícia; normas que apóiam conflitos políticos.

O texto da OMS (2002) refere-se ainda às políticas de educação, saúde, econômicas e sociais que contribuem para manter desigualdades, ou seja, a violência estrutural e lembra que, dentro de uma perspectiva de desenvolvimento humano, são diferentes os elementos que influenciam a vitimização ou a perpetração de violência nas várias faixas etárias. Assumindo-se a proposta ecológica, é preciso dar ênfase ao sentido dinâmico da produção da violência, cuja interpretação se adequa à teoria da causalidade complexa em que “*todas as coisas são causadas e causadoras*” e em que se evidenciam a retro-alimentação entre os fatores e a reflexividade dos fenômenos. Por isso, a tônica teórica e metodológica deve ser a do imbricamento dos âmbitos biológico, subjetivo e social. E entende-se que é assim que deve ser assumida pela área de formação dos médicos e de todos os profissionais de saúde. Isso significa que para se conseguir dimensionar e compreender o impacto da violência sobre a saúde, são imprescindíveis que os estudos e os tipos de assistência sejam de caráter interdisciplinar e multiprofissional.

Algumas informações sobre o impacto da violência sobre a vida e a morte dos brasileiros ressaltam a dimensão desse tema no quadro complexo dos problemas sociais. Cerca de 1.118.651 pessoas morreram por essas causas de 1991 a 2000. Dessas 369.068 pessoas foram a óbitos por homicídios; 62.480, por suicídio e 309.212, por acidentes e violências no trânsito e nos transportes. A taxa de mortes por causas externas tiveram forte incremento na década de 80 e permaneceram elevadas mas estáveis nos anos 90: 69,5/100.000 em 1991 e 69,7/100.000 habitantes em 2000. No entanto, no interior das sub-causas há mudanças importantes. Sobre o peso dos homicídios: 20,9/100.000 habitantes em 1991 e 26,7/100.000 habitantes em 2000; aumenta a taxa de suicídios: 3,5/100.000 e 4,00/100.000 respectivamente; diminuem os índices de mortes no trânsito, 19,4/100.000 para 17,5/100.000 e de outros acidentes, de 8,7/100.000 para 6,5/100.000. Cerca de 84% de toda a mortalidade por acidentes e violências em 2000 correspondendo à perda de 99.474 pessoas, ocorreram na população masculina onde as taxas agregadas são de 119,0/100.000 habitantes. No

grupo feminino morreram 18.810 vítimas, numa proporção de 15,9% e 21,8/100.000 habitantes.

No ano 2000 chegaram aos serviços públicos de saúde 693.961 pessoas buscando tratamento hospitalar para lesões e traumas provenientes de acidentes e violências. Esses agravos ocuparam o 7º. lugar no conjunto das internações, incluindo-se o capítulo que contabiliza internações por gravidez. Retirando-se essa rubrica, as causas externas sobem para o 6º. lugar. O custo médio de tratamento de pessoas feridas, traumatizadas ou lesionadas por acidentes e violências foi de C\$ 506,52 (quinhentos e seis reais e cinquenta e dois centavos), bem acima do C\$ 403,38 (quatrocentos e três reais e trinta e oito centavos), que correspondem ao custo médio das internações em geral. A preponderância do sexo masculino e das faixas etárias de 15 a 29 anos como vítimas, indicam que esses eventos se devem sobretudo a lesões no trânsito, no trabalho e por conflitos interpessoais. As internações por lesões devidas a armas de fogo são muito expressivas tendo tido um crescimento de 95% do início para o final da década de 90.

Os dados citados acima apenas assinalam o fenômeno em sua apresentação mais visível: as mortes, lesões e traumas. Não se fez referência, por exemplo, ao peso dos abusos e maus-tratos intra-familiares que ocorrem silenciosa e insidiosamente nos lares brasileiros, reproduzindo uma estrutura de pátrio poder e de raízes patriarcais muitas vezes extremamente cruel e provocando lesões e mortes. Estudos através de amostras domiciliares do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) estimaram em 20% o número de crianças e adolescentes que hoje são vítimas da violência. Não de discorreu também sobre a violência contra as mulheres que segundo Heise (1994) corresponde a cerca de 35% dos motivos que as levam a procurar os serviços de saúde. Não se desenvolveu a reflexão sobre os maus tratos aos idosos que se expressam nos abrigos e hospitais, nos lares, por meio de maus tratos, abandonos, omissões e abusos econômicos (Minayo, 2003). E, sobretudo, não se abordaram os efeitos das diversas formas de violência na saúde mental das vítimas e na sociedade em geral.

Por isso é preciso esclarecer que, além das notificações dos eventos que se tornam públicos há um desconhecimento muito grande de todas as formas insidiosas, silenciosas e naturalizadas de violência com as quais a sociedade convive e que, com certeza têm impacto na saúde. A maioria delas é passível de ser abordada no âmbito do setor saúde, que ao mesmo tempo, é a encruzilhada para a qual as violências convergem, vítima de sua exacerbção e parte na produção desse fenômeno.

É preciso, portanto, que a formação dos profissionais de saúde leve em conta um fenômeno social que tem provocado tantas mortes e trazido tantas seqüelas e tanta dor. Não dá mais para achar que a sofisticação das técnicas de tratamento médico se fazem à revelia das especificidades históricas e das diferenciações internas de cada país, região ou localidades. Como incluir a problemática da violência sob o olhar da saúde na pauta curricular merece um debate sério e contundente. O que não se pode é compartilhar do imaginário da inevitabilidade e da falta de controle. A educação formal, seja em que nível for, precisa contribuir para a institucionalização do Estado Democrático e dar resposta às demandas sociais. Para isso é fundamental estabelecer um diálogo entre os serviços médicos, clínicos e de emergência e a saúde pública, ultrapassando a tentação de medicalizar a violência e ao mesmo tempo, buscando uma especialização maior dos recursos humanos do setor.

#### REFERÊNCIAS

- FREDERIKSEN, H. *Feedbaks in economic and demographic transition*. Science, 166: 837-847, 1969.
- BARRETO, M.L. CARMO, H. *Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde*. Informe Epidemiológico do SUS, v. 3, n. 3/4, p. 5-34 jul./dez. 1994.
- BARRETO, M.L., CARMO, H. *Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos*. Pp.7-32. In: Velhos e novos males da saúde no Brasil. (C.A.Monteiro, org.) São Paulo: Hucitec/NUPENS, 1995.
- OMRAN, A. R. *The epidemiologic transition*. The Milbank Memorial Foundation Quartely, n. 3: 509-583, 1971.
- BURSTON, G.R. *Granny-battering*. 1975. British Medical Journal, Editorial (3): 592.
- BURKE, Peter. 1995. "Violência social e civilização. Braudel Papers, 12: 1-8.
- HEISE, Lori. 1994. "Gender-based abuse: the global epidemic". Cadernos de Saúde Pública, v.10, supl.nº 1:135-145.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza & SOUZA, Edinilsa Ramos. 1999. "É possível prevenir a violência?" Ciência e Saúde Coletiva, vol. 4, n.1: 7-22.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL. 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: MS.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 1993. Salud Mundial. Ginebra: OMS.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. 1994. Salud y Violencia: plan de acción regional. Washington: Opas. 1994 [mimeo].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2002. World report on violence and health. Edited by Etienne G. Krug et al. Geneve: WHO.