

VIOLÊNCIA E SAÚDE

*Andréa de Sousa Gama
Dayane Rocha Salazar de Oliveira*

Como um fenômeno de alta magnitude e complexidade, a violência se manifesta sob diferentes dimensões, impondo desafios aos pesquisadores e profissionais que desejam decifrá-la. Devido ao seu imbricamento no processo sócio-histórico, econômico, cultural e subjetivo, ela assume diferentes contornos que repercutem em diferentes concepções teóricas, políticas e práticas. A violência, de natureza polissêmica, desvela suas expressões no campo singular e coletivo dos sujeitos sociais. Minayo (2006, p. 13), assim, elucida:

A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, para quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder, a vontade de dominar, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens.

Há que se evidenciar que a inserção da violência no campo da saúde ocorre inicialmente por meio da sua incorporação na Classificação Internacional das Doenças, em que os acidentes e violências são agregados como “causas externas”. Entretanto, os acidentes se diferenciam, pois são considerados “um evento não intencional e evitável causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, tais como trabalho, trânsito, escola, esporte, lazer, entre outros” (BRASIL, 2001, p. 7). Assim, com a publicação do Relatório Mundial sobre violência e saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), há a substituição do termo “causas externas” por “violência e saúde”, considerando que violência se distingue de acidente pela presença da intencionalidade do ato. O documento além de conceituar o fenômeno como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (OMS, 2002, p. 5), apresenta um panorama geral da magnitude, bem como os impactos à saúde nos diferentes ciclos vitais. Propõe ainda recomendações e estabelece responsabilidades, definindo-a como uma das cinco prioridades do setor.

Em termos conceituais, a compreensão do fenômeno da violência a partir de uma perspectiva crítica requer a superação de visões reducionistas e isoladas, situando-a historicamente, visto que suas expressões são reconfiguradas em dadas condições socioeconômicas, políticas e culturais específicas, que se diferenciam no tempo e no espaço. Sua matriz está fincada nos processos sociais de reprodução da violência estrutural, definida por Minayo (1994) como “violência gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizada e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração que conduz à opressão dos indivíduos”, sendo reproduzida na família, nos sistemas econômicos, culturais, políticos e sociais de uma determinada sociedade. Assim, a violência estrutural contribui para a manutenção de opressões contra grupos sociais específicos, acentuando

vulnerabilidades que se desvelam em sofrimento e morte. Destarte, que sua reprodução cotidiana, institucionalizada em diferentes estruturas de dominação, tendem a um processo de naturalização do fenômeno, tornando-a de difícil contestação.

Recorremos à Minayo (2006) para tecer considerações acerca das tipologias da violência na sociedade contemporânea. Para a autora, a violência se manifesta de forma autoinfligida, nas relações interpessoais e no coletivo. Em relação ao primeiro tipo, estão incluídas as violências praticadas pela pessoa contra si próprio, como por exemplo, o suicídio ou automutilação; a segunda divide-se em violência intrafamiliar e comunitária, compreendida como a violência ocorrida no espaço da casa entre parceiros íntimos e membros de uma mesma família, abrangem todo o núcleo familiar em diferentes faixas etárias, gênero e raça. Por último, a violência coletiva abarca aquelas que ocorrem nos “âmbitos macrosociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado” (MINAYO, 2006, p. 81).

Considerando a necessidade de mensuração da magnitude do fenômeno, foram estruturados sistemas de dados como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistemas de Informações Hospitalar (SIH) e Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA/SINAN) que possibilitam a construção de indicadores que subsidiam a elaboração de políticas públicas para intervir e mitigar o problema. Mascarenhas *et al.* (2019) destacam que a violência é a sexta maior causa de internação, em âmbito nacional, e as mortes decorrentes de causas violentas vêm apresentando um crescimento desde a década de 1980, ocupando o primeiro lugar na população jovem (15-24 anos). Em termos de prevalência entre a população adulta, os referidos autores apontam os seguintes dados: a população adulta feminina apresenta uma prevalência de exposição a algum tipo de violência de 14% em relação aos adultos do sexo masculino, sendo quase três vezes maior na população de 18 a 29 anos do que entre os idosos com 60 anos ou mais. A população negra apresenta uma prevalência maior (23%) em relação aos autodeclarados brancos. Em relação ao panorama da violência que atinge crianças, a maioria das mortes ocorrem dentro dos domicílios, com meninas e negras. Entre os adolescentes, as principais vítimas também são adolescentes negros, sobretudo na faixa etária dos 10 aos 14 anos, em que se verifica a transição da violência doméstica para a violência urbana, predominando os óbitos fora de casa por arma de fogo e autor desconhecido (UNICEF, 2021).

É importante explicitar que a violência não se constitui como um objeto específico do setor saúde, visto que se trata de uma questão transversal aos demais campos das políticas públicas. Porém, os serviços de saúde são afetados por meio de mortes, ferimentos, traumas, sequelas físicas, mentais e psicológicas que rebatem nos seus custos, organização e no exercício profissional. Minayo (2004, p. 646) também destaca que “pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersetorialidade, na qual o campo médico-social se integra”.

No contexto brasileiro foi publicada, no ano de 2001, a *Política Nacional de Redução por Morbimortalidade por Acidentes e Violência*. São prioridades elencadas nesta portaria as ações de promoção à saúde, a prevenção de acidentes e violências e também o tratamento e a reabilitação das vítimas. Dentre as suas diretrizes estão a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; o monitoramento dos dados; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; o incremento de uma assistência multiprofissional às vítimas de acidentes e violências; a estruturação do

atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; a capacitação de recursos humanos e o apoio à pesquisa e ao desenvolvimento (BRASIL, 2001).

Historicamente, conforme aponta Minayo (2018), a primeira problemática a entrar na pauta da saúde por meio de seus profissionais foi a preocupação com a violência perpetrada contra crianças e adolescentes em âmbito doméstico e familiar. Posteriormente, o fortalecimento dos movimentos sociais e de sua capacidade de pressionar o Estado para o reconhecimento de suas demandas introduz na agenda do setor a temática da violência contra a mulher e contra a pessoa idosa. Já as violências raciais, contra as pessoas com deficiência, população LGBTQIA+, população em situação de rua e privada de liberdade vão sendo introduzidas paulatinamente. Sua presença na agenda pública depende muito da pressão da sociedade civil e dos organismos internacionais que advogam essas causas (MINAYO *et al.*, 2018). Nesse sentido, há o avanço de marcos legais importantes no enfrentamento da violência nos diferentes ciclos da vida. Dentre eles, no campo da infância e adolescência, destaca o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei “Menino Bernardo” (Lei nº 13.010/2014), bem como a instituição da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas Famílias em situação de violência”. No campo do enfrentamento à violência de gênero contra as mulheres, ressalta-se a relevância da promulgação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) e da Lei do Feminicídio (Lei 13.104/2005). No que tange a atenção à população idosa, destaca-se o Estatuto do Idoso e a promulgação da Política de Saúde da Pessoa Idosa (MINAYO, 2018). Mais recentemente, são elaboradas a Política de Saúde da População Negra e LGBTQIA+ que reconhecem as especificidades de saúde, abordando o enfrentamento da violência contra esses grupos. Apesar dos avanços na legislação, na implantação de políticas públicas e na institucionalização do tema no campo da saúde, o Brasil é um dos poucos países a elaborar uma política de saúde específica para este fim e seu êxito depende de investimentos que possibilitem a ampliação dos equipamentos, formação de pessoal, continuidade das iniciativas, monitoramento sistemático e avaliação. A saúde, como um dos pontos da rede de atendimento, se constitui por muitas vezes como porta de entrada dos sujeitos que se encontram em situação de violência, seja através dos serviços da atenção básica, que se ampliam e consolidam através da Estratégia de Saúde da Família ou nos serviços como maternidades, Hospitais e Unidades de Pronto-Atendimento.

PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL COM A TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA

Nos diversos espaços sócio-ocupacionais de atuação das assistentes sociais, a violência em suas diversas formas de expressão tem se constituído enquanto objeto de intervenção profissional. Reconhecemos que a formação profissional, a partir de referenciais teóricos-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos alinhados ao Código de Ética e ao projeto ético-político da profissão, tornam esse profissional uma figura central para identificar e intervir nos casos de violência que chegam aos serviços de saúde com vistas à defesa dos direitos sociais e humanos e denúncia de todas as formas de violência e violação de direitos. Considerando que a complexidade do fenômeno não é passível de resolução por uma única arena de política social ou categoria profissional, coloca-se o desafio de “discutir a violência como uma categoria que se objetiva (heterogeneamente, mas não isoladamente), sob dadas condições sócio-históricas, como um complexo social que envolve essa profissão

e exige posicionamentos e ações que possam criar ou inibir processos violentos” (SILVA, 2008, p. 266).

Silva (2008, p. 270) salienta que:

As desigualdades sociais particularizadas e fundamentadas sob as condições objetivas oferecidas pelo capitalismo (a apropriação privada da produção social) possibilitam a materialização de diferentes formas de violência. Esse aspecto relacionado à questão social – intrínseca à natureza da propriedade privada (MARX, 1984, p. 187), precisa ser considerado na formação profissional do assistente social ao se discutir as expressões da violência no Serviço Social.

A atuação profissional exige capacitação para realizar as mediações necessárias, que possibilitem ir além das demandas imediatas impostas à profissão, para a compreensão da violência em suas diversas formas de expressão, considerando que a violência traz em seu bojo exclusão e negação dos direitos de cidadania que se potencializam por questões de raça/etnia, gênero, classe e geração, mas também é demarcado por muitas lutas e resistências.

A violência perpetrada contra as crianças e adolescentes se manifesta, sobretudo, no âmbito das relações familiares, o que impõe a necessidade de dessacralizar a instituição família como instância apenas protetiva. Tal violência não pode ser compreendida desarticulada de uma análise mais ampla visto que sua reprodução em âmbito familiar é fruto de muitas determinações, dentre elas, a violência estrutural produzida por ou pela ausência do Estado na efetivação de direitos de cidadania. Os impactos sobre a saúde de crianças e adolescentes podem ser observados a curto e longo prazo, tanto na saúde física, quanto mental e comportamental, variando “de acordo com o estágio de desenvolvimento, quando o abuso ocorre, da gravidade do abuso, da relação entre o perpetrador e a criança, da duração do abuso, e de outros fatores presentes no ambiente da criança” (OMS, 2022, p. 69).

Em relação às violências perpetradas contra as mulheres, estas são reproduzidas em um contexto sócio-histórico de uma sociedade patriarcal (LISBOA, 2014, p. 40), sendo uma expressão da desigualdade de gênero, cuja interseção com outros determinantes como classe, raça/etnia e geração acentuam processos de subalternidade e opressão. De acordo com a Lei Maria da Penha essa violência pode ser física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, sendo perpetrada, em sua maioria, pelos parceiros íntimos, em âmbito doméstico, como uma forma de afirmação do poder e controle sobre as mulheres. As consequências da violência sob a saúde das mulheres podem durar por muitos anos, mesmo depois do abuso ter cessado (OMS, 2022, p. 102) e manifestam-se na saúde física, mental e reprodutiva das mulheres. A violência perpetrada contra as mulheres viola seus direitos sexuais e reprodutivos, repercutindo em gestações indesejadas, infecções sexualmente transmissíveis, entrada tardia no pré-natal, baixo peso ao nascer, partos prematuros, abortos espontâneos, entre outros.

A violência praticada contra a pessoa idosa é considerada a partir de abusos ou repetidos atos em que a falta de ações apropriadas ocorram em qualquer relação que lhes cause danos ou omissões. O aumento da expectativa de vida vem exigindo uma resposta do Estado à garantia de demandas e necessidades dos idosos. Contudo, frente à ausência de proteção social, as famílias recebem sozinhas todo o ônus de cuidado e provisão. Em um contexto de pauperização e desconhecimento das questões específicas do envelhecimento, a

população idosa está submetida às violências físicas, psicológicas e sexuais, ocorrendo ainda violências que são particularmente comuns nessa fase da vida, como abuso financeiro, negligência e abandono (SOUZA *et. al.*, 2013). A literatura sobre a temática aponta que tais violências são perpetradas, em sua maioria, no âmbito doméstico e os principais agressores são filhos e cônjuges.

Uma abordagem integral deve contemplar ações intra e intersetoriais que devem ser organizados a partir de fluxos assistenciais que compreendam – 1) **Atendimento:** acolhimento, tratamento/cuidados profiláticos, notificação, encaminhamento para a rede intersetorial; 2) **Seguimento na rede de cuidado e proteção social**, por meio da articulação entre os serviços de saúde (Clínicas da Família, Núcleos Ampliados de Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial e consultórios na rua) e a rede intersetorial (Delegacias, Defensorias, Assistência Social – CRAS e CREAS, Educação, Conselho Tutelar, Centros Especializados de Atendimento às mulheres – CEAM/CIAM, Varas especializadas – infância e juventude, idoso e mulher, Conselhos de Direitos, entre outros); e 3) **Monitoramento:** coordenadorias de áreas de planejamento e grupos de articulação regional, superintendências de saúde mental, promoção da saúde, atenção primária, hospitais pediátricos e maternidades.

Um grande desafio que se coloca é a efetivação da diretriz da intersetorialidade entre a rede de enfrentamento e atendimento. É fundamental que políticas já estruturadas como o Sistema Único de Saúde dialoguem com as políticas instituídas de proteção às mulheres, crianças, idosos, população LGBTQIA+, rompendo com ações fragmentadas que não contemplam a integralidade das necessidades dos sujeitos. Destarte, o aprofundamento do projeto privatista da saúde que defende um SUS completamente subordinado aos interesses do mercado incide na precarização dos serviços e nas condições de trabalho, ou seja, o trabalho regido pela lógica da saúde enquanto mercadoria não encontra possibilidade de efetivação de uma assistência de qualidade aos que se encontram em situação de violência, visto que o alcance de metas se sobrepõe ao atendimento das necessidades de saúde. Ademais, as fragilidades no campo da formação profissional, agravado pela ausência de treinamento nos serviços de saúde podem contribuir para a invisibilidade do fenômeno, incidindo na assistência.

Uma das dimensões da linha de cuidado às pessoas em situação de violência é a notificação compulsória, que se constitui como um instrumento de proteção, portanto, não deve ser confundida com denúncia ou punição. A notificação dos casos de violência é inserida no Sistema VIVA/ SINAN, desde 2009, cujo objetivo é o levantamento de dados epidemiológicos que possam contribuir para a compreensão da magnitude do problema com vistas à elaboração de políticas públicas. Deve ser realizada obrigatoriamente por todos os profissionais de saúde nos casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/ intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. Nos casos de violência extrafamiliar/ comunitária, são notificadas as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBTQIA+.

Em face do exposto, acredita-se que a efetiva incorporação da violência, enquanto objeto nos processos coletivos de trabalho em saúde, necessita ultrapassar lacunas na formação profissional, na ampliação e consolidação da rede de atendimento e enfrentamento

à violência, bem como na existência de um modelo biologicista de compreensão do processo saúde-doença. Reconhecendo na violência um agravo de saúde com determinação social, o seu enfrentamento perpassa a consolidação de um SUS de fato público universal e de qualidade, assim como a efetivação de direitos de cidadania e reconhecimento dos Direitos Humanos que devem ser potencializados pelas assistentes sociais nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, articulados à luta dos movimentos sociais, com vistas à emancipação humana dos sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS n. 737 de 16 de maio de 2001.
- LISBOA, T. K. Violência de gênero, políticas públicas para o seu enfrentamento e o papel do serviço social. *Temporalis*, v. 14, n. 27, p. 33-56, 2014.
- MASCARENHAS, M. D. M *et al.* Prevalência de exposição à violência entre adultos-Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Rio de Janeiro, 2021.
- MINAYO, M. C. de S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, RJ: 10 (supl. 1), 1994.
- _____. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- _____. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(3):646-647, mai-jun, 2004.
- _____. Conceitos, teorias e tipologias da violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K; ASSIS, S. G de; CONSTANTINO, P (Orgs.). *IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 420 p., 2013.
- _____; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde coletiva*, 23(6): 2007-2016, 2018.
- NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, 35 MIL CRIANÇAS E ADOLESCENTES FORAM MORTOS DE FORMA VIOLENTA... DISPONÍVEL EM <
<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/nos-ultimos-cinco-anos-35-mil-criancas-e-adolescentes-foram-mortos-de-forma-violenta-no-brasil>>. Acesso em 28 de out. de 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002.
- SILVA, F. J. S. Violência e Serviço social: notas críticas. *Revista Katalysis*. Florianópolis v. 11 n. 2 p. 265-273, jul.-dez. 2008.
- SOUZA, E. R.; SOUZA, A. C. Violência contra a pessoa idosa: o desrespeito à sabedoria e à experiência. In: NJAINE, K; ASSIS, S. G de; CONSTANTINO, P (Orgs.). *IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 420 p., 2013.