

Líli Blima Schraiber
Ana Flávia P L D'Oliveira
Márcia Thereza Couto

Violência e saúde: estudos científicos recentes

Violence and health: recent scientific studies

RESUMO

Apresenta-se panorama e reflexão crítica acerca da produção científica na temática violência e saúde. Com base em revisão não exaustiva, aborda-se a construção da violência como objeto de conhecimento e intervenção, nacional e internacionalmente. Mostra-se a tomada da violência como um domínio amplo da vida social, atingindo praticamente a todos, em situações de guerra e de suposta paz. Destaca-se a unificação da violência enquanto questão ético-política e a demonstração de sua extrema diversidade enquanto situações concretas de estudo e intervenção. Situando a violência como atinente a dimensões coletivas, interpessoais e individuais autoreferidas, e tomando-a por atos intencionais de força física ou poder, resultantes em abusos físicos, sexuais, psicológicos, e em negligências ou privações, os estudos examinados revelaram-se, como um todo, preocupados em responder ao senso comum que torna a violência invisível, naturalizada e inevitável. Fazem-no demonstrando sua alta magnitude, as possibilidades de seu controle e da assistência a seus múltiplos agravos à saúde. Do ponto de vista teórico-metodológico fluem das abordagens iniciais, relacionadas às desigualdades sociais ou desajustes familiares, às das iniquidades de gênero e, menos frequentemente, de raça ou etnia, o que implica em reconstruções dos conceitos clássicos de família, geração e classe social. Em conclusão, considera-se esta problemática como interdisciplinar e, retomando-se a noção de objetos médico-sociais da medicina social, recomenda-se sua atualização para temas tão complexos quanto sensíveis como a violência.

DESCRIPTORIOS: Violência. Violência doméstica. Maus-tratos conjugais. Maus-tratos infantis. Maus-tratos ao idoso. Violência por parceiro íntimo.

ABSTRACT

An outline and critical analysis of scientific studies on Violence and Health is presented. On the basis of a non-exhaustive review, the construction of violence as a national and international field of knowledge and intervention is broached. Outbreaks of violence are shown to occupy a broad domain of social life that reaches practically everyone, in situations of both war and supposed peace. The unity of violence as an ethical-political question is highlighted and its extreme diversity as concrete situations for study and intervention is demonstrated. Through situating violence as related to collective, interpersonal and self-reported individual dimensions, and taking it to be intentional acts of physical force or power, resulting in physical, sexual or psychological abuse, and in negligence or deprivation, the studies examined mostly demonstrate a concern to respond to the widespread sense that violence is invisible, naturalized and inevitable. In order to do it, the studies show the high magnitude of violence, and the possibilities for controlling violence and attending to the multiplicity of harm to health. The initial approaches flow from a theoretical-methodological point of view related to social inequalities, family maladjustment, gender inequalities and, less frequently, race or ethnic inequalities. These imply reconstruction of the classical concepts of family, generation and social class. In conclusion, this problem is considered to be

Departamento de Medicina Preventiva.
Faculdade de Medicina. Universidade de
São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Líli Blima Schraiber
Faculdade de Medicina - USP
Av. Dr. Arnaldo, 455 sala 2245
01246-903 São Paulo, SP, Brasil
E-mail : liliabli@usp.br

Recebido: 12/5/2006

interdisciplinary and, returning to the notion of social-medical matters within Social Medicine, updating of this notion is recommended for topics that are as complex and sensitive as violence.

KEYWORDS: Violence. Domestic violence. Spouse abuse. Child abuse. Elder abuse. Intimate partner violence.

INTRODUÇÃO

No plano internacional e nacional, a violência é reconhecida como questão social e de saúde pública. É considerada mundialmente violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos. Debate-se, contemporaneamente, a expansão de domínios da violência, de modo paradoxal com a expansão dos direitos humanos e sociais. Da violência do próprio Estado, tal qual nos crimes de guerra ou abusos e negligências de suas instituições, estende-se às situações de caráter interpessoal no mundo privado. Não bastará para seu controle apenas apelos aos sentidos de responsabilidade ética e social dos indivíduos. Trata-se, antes, da redefinição desses sentidos, do ponto de vista moral e legal.

Essas considerações apontam para a conexão de qualquer das aproximações que se faça da violência com os direitos humanos e sociais, da perspectiva jurídica e ética. Igualmente apontam para a necessidade de refletir sobre a maior aproximação das violências, enquanto esferas de conhecimento e intervenção social.

Da perspectiva da saúde, mapeou-se de forma não exaustiva os estudos sobre violência, com o objetivo de apresentar o movimento produzido ao agregarem referências de gênero, raça/etnia e ciclos de vida, enquanto domínios específicos de vulnerabilidades, aos tradicionais marcos da desigualdade social, pobreza, estruturação da família ou grupos etários.

Abordou-se o incremento da produção científica e as mudanças ou ampliações do olhar que se aproxima da violência como questão de conhecimento e intervenção, levando-se em conta a perspectiva de tomar a violência como tema complexo e sensível, configurando uma atualização da temática dos objetos médico-sociais em saúde, em resgate histórico da elaboração que foi operada pela medicina social na saúde coletiva.¹¹

VIOLÊNCIA E SAÚDE: PANORAMA GERAL

Uma primeira questão pode ser posta como crise da sociabilidade. Trata-se de falência dos processos vigentes de socialização, dada pelas dificuldades con-

temporâneas em manter a socialidade diante do domínio crescente da violência. A violência é identificada atualmente nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais ou interpessoais, em tempos de guerra ou de suposta paz. Não há elementos suficientes para lidar com domínio tão amplo, alimentado por interconexões ainda pouco conhecidas.

Impasses para lidar com a liberdade no exercício de direitos sociais e humanos de forma conexa com correlatos compromissos sociais e responsabilidades éticas e civis constituem o centro dessa crise e estão expressos por um paradoxal alargamento da noção de direitos, configurado, em termos práticos pelo borramento de limites em seu exercício, a par de uma grande expansão desses direitos. Isso ocorre porque esse exercício vem sendo desconectado da esfera relacional e situado cada vez mais como questão individual, silenciando as contrapartidas relacionais: os deveres e os compromissos. Confunde-se a realização de direitos com a satisfação de desejos individuais.

Nessa equivalência o outro pouco importa, associando-se a liberdade de exercício de direitos à coisificação desse outro, ruptura interativa que fundamenta as violências. Estabelece-se um agir de ambivalência ética, perpassado por valores móveis, substituindo escalas de valores, delimitadas e definidas, por uma agenda de valores fluída, maleável conforme as oportunidades (quase sempre de mercado) e, pois, sem possibilidade de permanência no tempo. Trata-se de uma “adoção” de valores adaptável aos desejos e ao próprio alargamento do que venham a ser ou não direitos. Esse movimento acompanha o estabelecimento a partir dos anos 80, da era dos desmoraamentos,¹⁹ com a falência de políticas e intervenções protetoras exatamente dos direitos conquistados.

Por isso, é relevante apontar o movimento de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao publicar, em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.²¹ O movimento internacional, de um lado, torna público e mundial o problema da violência, ampliando o debate e permitindo a construção de referências para os diversos movimentos regionais. De outro lado, valoriza e re-

significa o problema violência, além de conferir um todo à problemática: unifica-se a violência enquanto questão a ser enfrentada, ao mesmo tempo que se definem as distintas violências enquanto diversidades dessa questão plural.

O Relatório reorienta o modo tradicional de tratar diagnósticos de saúde das populações, destacando das mortes por causas externas aquelas por violência, que são os homicídios e os suicídios, além de associá-los a dados de morbidade. Essa reorientação foi acompanhada da assunção de novas possibilidades de aproximação do problema, surgindo, ao lado das sempre referidas desigualdades socioeconômicas, outras iniquidades. Dessas, as mais freqüentes são as de gênero, e raras, ainda que pertinentes, as de raça/etnia. Esse outro olhar é pautado por críticas a conceitos tradicionais explicativos da violência: família, geração, classe social ou identidades de bases nacionais, que parecem, agora, insuficientes para lidar com o problema.

As definições da OMS sintetizam muitas das realizações e também influenciam o campo da saúde em quase todos os países do mundo. Não se pode desconhecer, pois, seu impacto simbólico e nas intervenções que passa a evocar. E nisto, não se desconhece a grande contribuição dos vários movimentos sociais e ações militantes nesta direção.

Vale, assim, explorar um pouco melhor esse Relatório Mundial.

A colocação mais ampla é a violência como desafio universal, dispondo o Relatório como “instrumento contra os tabus, segredos e sentimentos de inevitabilidade que a rodeiam”.²¹ Pontua-se como empreendimento contra a invisibilidade da violência e sua aceitação como fato corriqueiro, a que “mais deveríamos responder do que prevenir”. Aloca-se a serviço do campo da saúde, criticamente respondendo à usual aceitação da violência como questão essencialmente atinente “à lei e à ordem”, restando aos profissionais da saúde lidarem apenas com suas conseqüências. Chama, pois, à responsabilidade de também se preocuparem e intervirem, posicionando-se no combate à violência, os profissionais e cientistas da saúde, em conjugação com os outros setores das sociedades. Define, assim, a interdisciplinaridade, no conhecimento, e a intersectorialidade e ações em equipes multiprofissionais, nas intervenções, como temas urgentes para as ciências, as políticas e os programas assistenciais.

É evidente a aliança, no plano ético-político, e a intersecção, no plano dos saberes e das práticas, promovida entre saúde e direitos humanos e sociais. E se isso repercute nos serviços de saúde, na busca de

integrações com a justiça, a segurança pública, a educação ou a assistência social, na produção científica, remete para a construção de referências interdisciplinares, fundamentando bases de cooperação entre as práticas e de solidariedade entre as disciplinas.

Ao definir violência como “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” destaca a intencionalidade do ato violento, excluindo os incidentes não intencionais. Inclui o uso do poder, exemplificado por ameaças de agressões ou intimidações e por negligências e omissões.

No entanto, o Relatório pouco esclarece o próprio conceito de poder, confundindo-o com o de violência, muitas vezes levando à crença de que a violência seja parte inextricável do poder. Reitera-se inadvertidamente, desse modo, a inevitabilidade da violência que se quer recusar. Outra confusão possível é, ao revés, inviabilizar a concepção de poder como relações não violentas, obscurecendo igualmente o papel da responsabilidade social intrínseca a essas ações de poder.⁴²

O Relatório propõe, ainda, o reconhecimento da imensa parte invisível da violência que não resulta em mortes ou lesões graves, mas oprime e gera danos físicos, psicológicos e sociais nos indivíduos que se encontram submetidos de forma crônica aos abusos. É o caso das violências domésticas e intrafamiliares, com agressões físicas, sexuais e psicológicas, além da privação e negligência, que acometem, sobretudo, mulheres, crianças e idosos.

Estimou-se em 2000, a taxa de 28,8 mortes violentas por 100 mil habitantes, em índice mundial ajustado por idade. Do total dessas mortes, 49,1% foram suicídios, 31,3% homicídios e 18,6% resultado de guerras. Países de menor renda representaram 91,1% do total dessas mortes, concentrando os homicídios. Também variam por sexo e idade: 77% dos homicídios ocorrem entre os homens e sua taxa é mais que três vezes a das mulheres, sendo maior nas faixas etárias de 15-29 anos (19,4 por 100 mil) e 30-44 anos (18,7 por 100 mil); 60% dos suicídios também ocorre entre homens, taxa que aumenta com a idade, sendo, na faixa etária de 60 anos e mais, duas vezes maior que a das mulheres (44,9 por 100 mil frente a 22,1 por 100 mil das mulheres).²¹

Se tomados da perspectiva da violência não fatal, diversos autores apontam que os dados apresentam grandes dificuldades nas comparações e variabilida-

de em suas mensurações. O que se conhece é fruto de inquéritos sobre ocorrências referidas pelos indivíduos estudados, produzindo subestimativas das agressões ou abusos, como no caso da violência contra a mulher,¹⁷ crianças e idosos.²¹

De um lado, reconhece-se que a invisibilidade da violência aumenta em países cuja cultura aceita esta forma de resolver conflitos, especialmente domésticos, introjetando a fatalidade da violência das relações interpessoais na vida privada, ou, até punindo com a morte a vítima da violência. Este é o caso das mortes de mulheres que sofreram estupros, justificadas em nome da honra da família.^{17,50}

De outro lado, ainda que análises que tratem da dimensão étnica das violências sejam muito raras, há questões propriamente étnico-culturais. Um exemplo está na polissemia do termo violência nas distintas culturas, bem como as distintas possibilidades contextuais de sua revelação.^{12,42}

Disto resulta uma grande variação nas taxas encontradas. Como exemplo citamos a violência física por parceiro íntimo contra a mulher e que constitui seu principal agressor. Estudos independentes mostram a variação de 21% na Holanda e Suíça, 22% nos Estados Unidos, 29% no Canadá, 34,4% no Egito, a 40% na Índia,^{17,50} variação que poderia ser atribuída às diferenças de desenhos e amostras. Contudo, estudo comparativo de 15 regiões de 10 países, incluindo o Brasil com duas regiões – o Município de São Paulo (SP) e a Zona da Mata de Pernambuco (ZMP) – e valendo-se do mesmo questionário, aplicado sempre a mulheres de 15 a 49 anos, com padronização de treinamento das pesquisadoras e definição de amostras, apresenta uma variação de 13% (Okahama, Japão) a 61% (Cuzco, Peru), situando-se a maioria das regiões entre 23% a 49%.¹² O Brasil compõe este grupo majoritário: SP apresenta a taxa de 27% e a ZMP de 34%.^{12,42} Assim, o estudo acrescenta às variações entre países, aquelas dentro do mesmo país, como no caso brasileiro.

Uma grande superposição das violências física, sexual e psicológica tem sido encontrada, o que também se deve esperar das violências contra crianças e idosos.

No caso das crianças, primeira modalidade de violência a ser estudada desde os anos 60,⁴² há acúmulo de informações, o que não se verifica para os idosos, alvo de pesquisas apenas na última metade dos anos 90. O Relatório Mundial com dados de apenas cinco levantamentos em países desenvolvidos, estima que de 4% a 6% da população idosa experimenta alguma forma de abuso doméstico. Entre idosos há que se considerar, ainda, os maus-tratos em instituições, tema

raro nas pesquisas. Questões de gênero ou de raça/etnia são inexploradas neste grupo populacional.

Relativamente às crianças, chamam a atenção as altas taxas de mortalidade, também desiguais pelos países e por sexo.²¹ A taxa de homicídio de zero a quatro anos (5,2 por 100 mil) é mais que o dobro que aquela de crianças entre cinco a 14 anos (2,1 por 100 mil). Para crianças menores que cinco anos, a taxa de homicídio em países de alta renda é de 2,2 por 100 mil meninos e 1,8 por 100 mil meninas, sendo que em países mais pobres são duas a três vezes maiores (6,1 por 100 mil meninos e 5,1 por 100 mil meninas). Reitera-se aqui a ocorrência maior dessa violência em meninos. Quanto à morbidade, as crianças mais jovens estão mais expostas à violência física (75% nas Filipinas a 47% nos Estados Unidos, em relato dos pais), enquanto que os adolescentes à violência sexual, calculando-se que cerca de 20% das mulheres e 5% a 10% dos homens sofreram abuso sexual quando crianças. Desigualdades sociais e questões de gênero estão, pois, também implicadas na violência contra crianças e adolescentes.

Por fim cabe comentar, pelo que representa socialmente, a violência juvenil (10 a 29 anos). Referida pelo próprio Relatório Mundial como a mais visível das violências é também peculiar, pois os jovens são os principais agressores e vítimas. Seus estudos são os que mais apontam para a articulação das violências fatais e não fatais; as do espaço público com as domésticas; as de tipo interpessoal com as coletivas. Ter experimentado violência na infância, pertencer a gangues e ter acesso a armas, viver sob guerra prolongada e em condições de exclusão social e grande pobreza, são situações que aumentam os índices dessa violência, os maiores na América Latina e África e menores entre países do Leste Europeu.²¹

A partir desse panorama geral, cabe considerar a produção brasileira em violência e saúde.

VIOLÊNCIA E SAÚDE EM ESTUDOS BRASILEIROS

Dados sobre a produção brasileira sobre violência e saúde foram levantados, na primeira semana de abril de 2006, a partir da SciELO – *Scientific Electronic Library Online*, que indexa, dentre outras, as principais revistas brasileiras no campo da saúde coletiva. Foram encontrados 234 artigos, publicados de 1980 até 2005, ano que sozinho perfaz 20% dessa produção. Há um primeiro impulso a partir de 1994, com a publicação de suplemento dos Cadernos de Saúde Pública²⁹ referência para o tema. Um segundo impulso é verificado a partir de 2002.

Com base na leitura dos resumos, foram selecionados 108 artigos que se referiam à saúde e tratavam da realidade brasileira. As considerações que seguem estão baseadas nessa produção, acrescidas de alguns estudos complementares considerados fonte de dados originais relevantes.

Nos estudos nacionais verificou-se a tendência internacional: os primeiros estudos tratam de dados de mortalidade por causas externas. Essa mortalidade atinge mais indivíduos do sexo masculino e, portanto a face mais explicativa dos estudos volta-se para a relação homens-homicídios, mediada pela questão 'causas externas'. Quer a distinção da violência, quer a abordagem de gênero situam-se a partir do final dos anos 90.^{22,25}

Na década de 90, a maioria dos estudos baseou-se na premissa de que a violência vem crescendo, já que desde 1980 as causas externas passaram a ocupar o segundo lugar entre as causas de morte no país. São, pois, as causas externas que dão nome e presença à violência, marcada enquanto violência entre homens.

Na primeira parte da década, os estudos buscavam caracterizar a magnitude e importância dessas causas de morte em relação às demais, discutindo taxas e anos de vida potencialmente perdidos, estratificados por grupos de causas, sexo e idade.^{26,38,46}

Surgiu uma das primeiras sistematizações explicativas em torno da noção de violência, entendendo-a enquanto processo de causas múltiplas e causalidade não-linear, de natureza e características específicas e gerais, micro e macrosociais, que se diferenciam e se articulam.⁴⁶ Esse argumento coaduna-se com as referências conceituais de Minayo²⁹ e suas categorias violência "estrutural", "da resistência" e "da delinquência".

Na segunda parte da década, o número de publicações decresceu. Foram, entretanto, significativas pela mudança de enfoque. Barata et al² focalizaram os segmentos de adolescentes e adultos jovens, de ambos os sexos, em São Paulo, recorrendo à análise da correlação entre condições de vida e taxas de homicídios. O marco analítico utilizado foi o da violência estrutural, resultante da metropolização, da deteriorização urbana e das desigualdades nas condições de vida.

O período 2000-2005 apresentou crescimento do número de publicações em saúde. Pesquisando, em sua maioria, cidades específicas, tratam do aumento da mortalidade por causas externas, produto, sobretudo, da taxa de homicídios, evidenciando ser este um dos maiores problemas atuais da saúde pública.^{10,13,31,40} Nesse conjunto de estudos, sobressai a ten-

dência de análise espacial da mortalidade, em abordagem de uma violência do urbano relacionada às desigualdades na ocupação das cidades.

Outra questão que surgiu no período foi o foco mais detalhado nos homicídios masculinos entre jovens. Estudo realizado em diferentes estados e capitais brasileiras mostrou, em 2000, um crescimento geral das taxas de homicídios no País, com valores entre 11,83 por 100 mil habitantes em Salvador a 67,4 por 100 mil habitantes em Recife, denotando diferenças significativas do risco de morrer nas cidades brasileiras.³⁵

Esse enfoque, repetido por outros estudos no período, tem como principal referência análises apoiadas no conceito de violência estrutural, violência no e do espaço público perpassada pelas desigualdades sociais, ou segundo a tipologia da OMS, violência interpessoal de base comunitária.²¹ Macedo et al²³ sintetizaram os principais determinantes dessa violência: "(...) crescimento das desigualdades socioeconômicas; baixos salários e renda familiar que levam à perda do poder aquisitivo; ausência de políticas públicas integradas e condizentes com as necessidades da população em relação à saúde, educação, moradia e segurança; prioridade no desenvolvimento econômico em detrimento do social, com sacrifício para a população e maior ônus para os pobres; e intenso apelo pelo consumo, conflitando com o empobrecimento do país". Somado a tais fatores, tem-se, especialmente nas regiões metropolitanas, a consolidação do crime organizado.

Todavia, as abordagens possíveis, quer como violência da delinquência,²⁹ quer das questões de gênero entre pares masculinos,⁴³ ou da questão étnico-racial,³ não aparecem significativamente.

Foi também entre 2000 e 2005 que ganharam maior visibilidade os estudos das causas externas com base em dados de morbidade. Alguns se destacam pela combinação de dados de mortalidade e morbidade.^{15,24,47} Em 2000, as causas externas representaram 5,2% do total das internações realizadas no País.¹⁵

Chama a atenção estudo que, usando a categoria gênero, tomou a violência como traço constitutivo da masculinidade, e tornou os homens vilões e vítimas da violência:⁴⁷ com dados referentes às causas externas, para Brasil e capitais, de 1991 a 2000, mostrou-se que, nos homicídios, o risco foi de quase 12 óbitos masculinos para cada morte feminina.

Os agrupamentos etários nos estudos de morbi-mortalidade por causas externas, como vimos, têm privilegiado as populações masculinas, especialmente as mais jovens. Tal investidora se justifica por sua magnitude e

gravidade entre essas populações. Não se pode deixar de destacar duas referências a mortes e internações entre idosos, encontradas nesses estudos mais gerais de causas externas. Uma delas,¹⁴ apontou que a mortalidade das pessoas com 60 anos ou mais por causas externas foi de 92,1 por 100 mil habitantes (135,3 por 100 mil para homens e 56,8 por 100 mil para mulheres) em 2000. Em termos de morbidade, o estudo revelou que a maioria das internações decorreu de lesões e traumas provocados por quedas e atropelamentos. O outro estudo,³⁰ tomando o período 1980-1998, apontou que dentre as causas externas, as que mais vitimaram idosos foram acidentes de trânsito e transporte, quedas e homicídios. Focalizando esta última no conjunto das causas, observou-se um crescimento de 7,2%, em 1980, para 9,6%, em 1998.

Nesses estudos as violências são tratadas como questão do cotidiano das famílias, das instituições e do social. Não aparecem abordagens como gênero ou raça/etnia.

Com presença bem maior que o segmento de idosos, foram localizados estudos sobre mulheres, de um lado, e crianças e adolescentes, de outro. Os primeiros artigos desses dois campos foram publicados em 1994.²⁹ Assim, ainda que anteriores aos estudos de idosos, são bastante recentes.

Esses dois campos, apesar não se referirem mutuamente, possuem pontos em comum: a preocupação em dar visibilidade ao problema, as altas taxas encontradas e as dificuldades de profissionais de saúde lidarem em seu cotidiano com a questão. A grande maioria são estudos em serviços especializados no trato à violência e serviços de saúde, pesquisando prevalências, a natureza das violências e os agressores. Também exploram questões como: registros e notificação, avaliação do serviço, relatos de experiência ou propostas e críticas às práticas de intervenção. A necessidade de equipes multiprofissionais, a intersectorialidade e a defesa da violência como problema de saúde pública, entrelaçado com o cuidado e a preservação dos direitos humanos e sociais, foram argumentos constantes. Referências a leis, convenções, estatutos e outros regulamentos e tratados internacionais em que o Brasil é signatário também foram citados no conjunto desses trabalhos.

Nos estudos sobre violência contra a mulher, deu-se grande relevância à noção de gênero, utilizada em parcela reduzida dos estudos relativos a crianças e adolescentes. Os dois campos utilizaram os termos violência doméstica ou intrafamiliar, mas a aproximação e ênfase à idéia de família diferiram bastante, assim como foi tensa a composição da defesa dos

direitos individuais dos sujeitos envolvidos com a defesa da família e sua integridade. O tema família foi pouco presente na produção científica acerca das violências atinentes às mulheres, mas quase obrigatório no campo das crianças e adolescentes, em que pais e mães foram lembrados como agressores e sujeitos fundamentais de intervenção.

Pobreza e desigualdade social foram importantes referências, sendo lembradas e relativizadas em sua articulação com os temas família e gênero.^{6,7} Etnia e raça foram temas ausentes na discussão em ambos os campos. Quando citada, essa questão apareceu nos planos para futuros estudos ou para caracterizar a amostra estudada, sendo pouco utilizada na análise. Nos poucos casos em que cor da pele foi variável analisada, ela não apresentou associação com as formas de violência estudadas.⁴⁴

Chamou atenção a virtual ausência de trabalhos que analisassem em maior profundidade a prevenção da violência e o papel da saúde nesse tema. O único artigo encontrado discute a ausência dessas políticas no setor público de saúde, em Fortaleza.³⁷

As metodologias utilizadas nos estudos sobre mulheres, crianças e adolescentes foram variadas, apresentando-se como análises quantitativas para a identificação das ocorrências e definição de fatores associados, e qualitativas, no estudo das representações de mulheres e profissionais. Vários estudos combinaram essas metodologias, indicando a complexidade do objeto e a inovação de abordagem.

Focalizando a violência contra a mulher, destacaram-se dois artigos enquanto referências desse campo,^{16,18} sendo as desigualdades nas relações de gênero concepção central e presente desde esse momento mais inicial dessa produção. As violências sofridas pelas mulheres são explicadas a partir das condições históricas e sociais de construção relacional do feminino e masculino, gerando atributos, posições e expectativas diversas para os sexos em relação à sexualidade, inserção no núcleo familiar, trabalho e espaço público, engendrando formas de violências específicas: no espaço privado, aquelas contra mulheres; no espaço público, contra homens.¹⁶ Essa repartição dos espaços de violência e o apelo à abordagem de gênero também nos estudos sobre homens foram apontados desde essas primeiras publicações. Contudo, estudos com homens nessa perspectiva de gênero somente apareceram no final do período.⁴³

A própria denominação violência de gênero tem sido de uso inconstante. A imprecisão dos termos tem se mantido e, embora gênero seja categoria fundamental,

pouco se trabalha a perspectiva diretamente relacional da violência. Também as diferenciações entre poder e violência nas relações de gênero são esparsas.

A maioria dos estudos sobre a violência contra a mulher foi realizada em serviços de saúde, unidades básica de saúde,^{20,41} hospitais,⁸ maternidades²⁸ e emergências.⁴⁴ Restringiram-se às clientela ligadas ao Sistema Único de Saúde. Apresentam-se, principalmente, “violência contra a mulher”, alguns delimitando-se à violência doméstica⁸ e outros, à violência por parceiro íntimo.^{1,20} Até 2005 o único estudo populacional publicado apresentou a temática violência contra a mulher como parte de investigação sobre a mulher,⁴⁹ mostrando que 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência por homem alguma vez na vida, 33% alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica.

Os estudos em serviços apontaram taxas mais altas: entre 36% a 45% de violência física ao menos uma vez na vida e entre 9% a 19% de sexual,^{20,41,44} sendo o parceiro o agressor mais freqüente. A violência na gravidez foi estimada em 7,4%.²⁸

A superposição das formas física, sexual e psicológica foi apontada, prevalecendo as formas combinadas: a violência física com a psicológica e a violência sexual com a física.^{20,41}

Estudos que abordam violência sexual contra a mulher centram-se na qualidade dos serviços que as atendem e nas representações de profissionais e mulheres sobre o aborto legal.^{33,45,48} No entanto, esses serviços tendem a receber, sobretudo, casos de violência cometida por estranhos, identificáveis ou não. Estes casos são bem distintos da violência sexual nas relações conjugais, sendo esta a mais freqüente e mais invisível.⁶

No que tange ao segmento crianças e adolescentes, os estudos também foram locados em serviços especializados e atendimento a vítimas de violência (abrigos, centros de atendimentos de denúncias ou de referência). Sua clientela, portanto, é toda composta de vítimas de violências. Sem ser de prevalência, esses estudos mostraram diferenças por sexo e idade das crianças e adolescentes agredidos, apontando, em sua maioria, maior freqüência de agressões sexuais contra meninas³⁹ e de violência física contra meninos.^{4,7} Apontaram as mães como agressoras principais da violência física, seguida do pai.

Na violência sexual, bastante estudada, pais e padrastos foram os principais agressores. A crítica da família e análise a partir do referencial de gênero esteve pouco presente, encontrando-se raras abordagens

combinadas da violência contra a criança e contra a mãe, no interior da família.^{27,32}

Estudos das prevalências da violência contra crianças e adolescentes tomaram por base as escolas, aproximando-se de estudos populacionais. Um deles, em Porto Alegre, encontrou 2,3% de relato de violência sexual, 4,5% de testemunhas deste tipo de violência e 27,9% de adolescentes que conheciam alguma vítima de violência sexual, entre 1193 estudantes de oitava série de escolas estaduais.³⁶ Outro, em São Paulo,⁵ com 993 jovens (12-18 anos) da rede estadual e 815 da rede privada, encontrou 8,6% deles relatando tentativa de suicídio, 7,9% agressão contra si ou terceiros e 4,8% portando arma de fogo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando o conjunto das considerações feitas, destacam-se a diversidade de abordagens e algumas importantes ausências. Essas se referem a segmentos populacionais específicos e enfoques relevantes que deixaram de ser tratados, como raça/etnia e mesmo gênero. Se de um lado, isto mostra a complexidade do próprio tema violência, cujas expressões concretas e particulares exigem grande dispersão de tratamento, de outro lado, entende-se que os estudos sobre violência e saúde encontram-se, ainda, em momento inicial de sua produção.

A preocupação em dar visibilidade, a ênfase nas magnitudes ou as dificuldades de se tornar questão para o campo da saúde parecem concentrar a maioria dos esforços atuais. Isso desloca, ainda que momentaneamente, empreendimentos do exame dos condicionantes das violências, sobretudo relacionados aos impasses, de início levantados, de lidar com direitos e compromissos, liberdades e ética, simultaneamente.

As pesquisas realizadas certamente contribuem para a progressiva compreensão do problema da perspectiva concreta e particular das situações estudadas. Também, em certa medida, contribuem à compreensão de suas participações na socialidade de modo geral. Contudo, uma abordagem mais direta nessa última direção se faz premente, expandindo a ainda tímida construção crítica de concepções e conceitos clássicos que, nos estudos sobre violência, podem obscurecer aspectos importantes das relações intersubjetivas, das relações de poder e do exercício concomitante dos direitos.

Quer por este plural que violência significa, quer pela radical experiência humana que representa, na anulação de sujeito, quer, ainda, pela exposição de

espaços e momentos de grande intimidade e privacidade de cada qual, entende-se que não há como progredir em seu estudo sem tomá-la como objeto complexo e sensível. Isto remete à solidariedade das disciplinas, e não suas competições, e exige particular aproximação científica, em que metodologia se combina com ética.

Do tradicional debate entre as ciências da natureza (e sua forma de objetivação do evento em estudo) e as ciências do humano e do social, em que se situa o campo da saúde coletiva, cunhou-se a perspectiva interdisciplinar de temas tanto médico-sanitários quanto sociais. Diante disso, destaca-se, em releitura histórica da referência que já serviu à saúde coletiva para postular a integração médico-sanitária, o conceito de 'objetos médico-sociais', designação em que certamente reconhecemos a violência, assim como outros temas (os exercícios da sexualidade ou os abu-

sos de drogas, por exemplo), mais conexos ao desenvolvimento da saúde do que respostas às doenças.

O termo médico-social, cunhado na medicina social, representou a necessidade de se criar uma área que se ocupasse dos aspectos sociais relacionados ao processo saúde-doença e aos serviços de saúde. Teve por intenção questionar a redução que naturaliza o social, reproduz a interpretação medicalizante do adoecimento e das intervenções em saúde, submetendo o conhecimento científico à supremacia da biologia e toda prática em saúde à supremacia da clínica, com todas as implicações que acarreta em termos do modelo de assistência e de trabalho em saúde.^{9,34}

O estudo da violência reclama, agora, sua atualização, pelas exigências éticas em suas metodologias, pelo pluralismo desse objeto e pelo relacional da interatividade humana que lhe é inerente.

REFERÊNCIAS

1. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:108-13.
2. Barata RB, Riberio MCSA, Moraes JC. Desigualdades sociais e homicídios em adolescentes e adultos jovens na cidade de São Paulo em 1995. *Rev Bras Epidemiol*. 1999;2:50-9.
3. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:71-80.
4. Brito AM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SVP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:143-9.
5. Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:636-45.
6. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad Saúde Pública*. 2005;21:417-25.
7. Deslandes S. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Supl 1):177-87.
8. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2000;16:129-37.
9. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
10. Freitas ED, Paim JS, Silva LMV, Costa MCN. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2000;16:1059-70.
11. García JC. Juan César García entrevista Juan César García. In: Nunes ED, García JC, organizadores. As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília (DF): OPAS; 1985.
12. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
13. Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP. Mortalidade violenta no Município de São Paulo nos últimos 40 anos. *Rev Bras Epidemiol*. 2000;3:50-69.
14. Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50:97-103.
15. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:995-1003.
16. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Supl 1):146-55.
17. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Rep*. 1999;27:1-43.
18. Heise L. Violência e gênero: uma epidemia global. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Supl 1):135-45.
19. Hobsbawm E. Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.

20. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:695-701.
21. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
22. Laurenti R. Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas. Uma contribuição para o enfoque de gênero. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1998.
23. Macedo AC, Paim JS, Silva LMV, Costa MCN. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2001;35:515-22.
24. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8:194-204.
25. Mello Jorge MHP, Yunes J. Violência e saúde no Brasil. *Revista USP*. 2001;51:114-27.
26. Mello Jorge MHP. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. *Rev Saúde Pública*. 1990;24:217-23.
27. Meneghel SN, Giugliani EJ, Falceto O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:327-35.
28. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25:309-16.
29. Minayo MC. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 1994;10:7-18.
30. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:783-91.
31. Moraes JR, Silva AAM, Lamy Filho F, Silva RA. Tendências da mortalidade por causas externas, em São Luís, MA, de 1980 a 1999. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6:245-54.
32. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:1124-33.
33. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel K, Morelli K, Botelho LFF et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:376-82.
34. Paim JP, Almeida Filho N. A crise da saúde pública, a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
35. Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 1990: o papel das armas de fogo. *Rev Saúde Pública*. 2003;39:58-66.
36. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman G. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37:8-14.
37. Pordeus AMJ, Fraga MNO, Facó TPP. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidos pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:1201-4.
38. Reichenheim ME, Werneck GL. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Supl 1):188-98.
39. Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:456-64.
40. Santos SM, Barcellos C, Carvalho MS, Flôres R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública*. 2001;17:1141-51.
41. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:470-7.
42. Schraiber LB, d'Oliveira, AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP; 2005.
43. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:7-17.
44. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Supl 2):S263-S72.
45. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Supl 2):S399-S406.
46. Souza ER. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 1993;9:48-64.
47. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:59-70.
48. Sudário S, Almeida PC, Jorge MSB. Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessa realidade. *Psicol Soc*. 2005;17:73-9.
49. Venturi G, Recaman M, Oliveira S, organizadores. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.
50. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*. 2002;359:1232-7.