



COMPREENSÕES DO FENÔMENO VIOLÊNCIA: A VOZ DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BAIRRO NOVA

Jonathan Vieira Costa*
Lizete Dieguez Piber*

RESUMO:

O presente trabalho articula-se ao projeto “Representações sociais sobre violência: a voz da comunidade”, vinculado ao Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. O mesmo vem sendo realizado desde agosto de 2014, objetivando apreender a auto-imagem dos trabalhadores de saúde da equipe de uma Estratégia de Saúde da Família, localizada no bairro Nova, no município de Santo Ângelo, RS; mais especificamente, objetiva-se investigar as diferentes compreensões do fenômeno Violência estabelecidas pelos mesmos. Acredita-se que estudar as compreensões sobre violência da equipe de saúde é de suma importância, pois pode proporcionar subsídios que permitirão abordagens posteriores com a comunidade, e possibilitar uma visão mais ampla sobre a temática, a fim de qualificar as ações na promoção de saúde para todos, na perspectiva de uma sociedade não violenta, em direção a cultura da paz. O método utilizado foi qualitativo, e o delineamento utilizado foi o levantamento, realizado através de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde da ESF. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo. Pôde-se perceber, ao cabo e durante a realização do trabalho, que a equipe de saúde demonstrou indicadores de percepção das dimensões psicológica e verbal de violência, embora a física ainda seja a mais representada. Além disso, os mesmos não consideraram a comunidade mais violenta que outras, embora tenham destacado que as violências de gênero e intergeracional acontecem frequentemente, e são testemunhadas por alguns no exercício da profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. ESF. Comunidade.

INTRODUÇÃO

O fenômeno Violência tem sido fomentador, nos últimos anos, de variegada discussão acerca de sua etiologia, e, principalmente, de suas múltiplas formas de manifestação. Considerando-se a importância da temática e a especificidade do campo de saberes construído pela Psicologia, cujo plano de fundo é justamente a interação entre os indivíduos, criou-se o projeto “Representações sociais sobre

* Acadêmico de Psicologia da URI- Santo Ângelo. Contato: jonathan.vieiracosta@hotmail.com

* Mestre em Educação, graduada em Psicologia, Professora do Departamento de Ciências Humanas da URI-Santo Ângelo, orientadora da pesquisa. Contato: lizeted@santoangelo.uri.br

violência: a voz da comunidade”, vinculado ao Programa Institucional de Iniciação Científica (PIIC) da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI)- campus Santo Ângelo.

Este projeto vem sendo realizado desde agosto de 2014, no âmbito de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Santo Ângelo, RS; mais especificamente, a estratégia pertencente ao bairro Nova. O presente trabalho representa um excerto do material e das reflexões levantadas durante a realização do mesmo, cujo foco vem a ser as compreensões de violência dos profissionais da atenção básica em saúde, atuantes nesta localidade.

O bairro, por situar-se próximo a áreas demarcadas pela violência e pelo tráfico e muito em decorrência dos mitos criados pela população, conduz a pensar que parece haver, dentro da mesma sociedade, um “universo/sociedade paralelo (a)”. Este assemelha-se a uma barreira invisível que impossibilita o atravessamento, seja de pessoas, seja de informações, seja de qualquer coisa. Podemos comparar este termo “sociedade paralela” com o conceito das representações coletivas proposto por Durkheim. Conforme este autor, as categorias de pensamento são as categorias através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade (DURKHEIM apud MINAYO, 1995).

Acredita-se que investigar estas compreensões de violência da equipe de saúde é de suma importância, tendo-se em vista que os mesmos encontram-se inseridos nas relações e trocas que tomam lugar no espaço desta comunidade. Partindo do fato de que o bairro está situado em um área considerada de risco social na cidade, em cujas proximidades ocorrem muitas práticas de violência (traduzidas muitas vezes em mortes), e que os bairros circundantes são apontados, também, como sinônimo de tráfico, compreender o que pensam estes atores sobre a temática da violência torna-se ainda mais valioso para a construção de uma sociedade não violenta, em direção a cultura de paz.

Portanto, objetiva-se neste trabalho investigar as diferentes percepções estabelecidas pela equipe de saúde sobre o fenômeno Violência, os tipos de violência vivenciadas, as situações que as deflagram, as estratégias de enfrentamento, buscando também elucidar como estas práticas se atravessam no trabalho da equipe de saúde.

Quanto ao entendimento do fenômeno Violência, parte-se nesta pesquisa dos pressupostos de Abramovay (2003), que não relaciona em sua tese somente a

ideia de utilização de força (violência física), mas também suas dimensões socioculturais e históricas. Assim, sua ocorrência implica a junção de três variáveis: a institucional (escola e família), a social (religião, sexo e status) e a comportamental (opiniões). Pensa-se também que a violência resulta num processo de desorganização do espaço social. Não é um movimento isolado e individual, mas provém de um processo histórico e social.

Seguindo esta linha, e contrariando as perspectivas simplistas, Souza (2002) compreende a violência como todo evento representado por relações, ações, negligências e omissões, atribuídas a indivíduos, grupos, classes e/ou nações, e que acarretam dano físico, emocional, moral e/ou espiritual ao outro.

A metodologia utilizada neste trabalho foi qualitativa, e o delineamento foi o levantamento, realizado através de entrevistas semiestruturadas com os membros da equipe de saúde, cujos dados foram analisados através da análise de conteúdo, e organizados em nove categorias distintas. Não houve seleção de amostra, tendo em vista que a totalidade dos funcionários da ESF foi entrevistada, executando-se apenas um sujeito ainda não abordado, em decorrência de licença saúde. Os dados a seguir perfazem, portanto, 94% do total da população alvo do levantamento.

CATEGORIA VIOLÊNCIA

Nesta categoria, pergunta-se ao entrevistado o que o mesmo entende por violência. Para a maioria, violência vem a ser agressão física (“socos, chutes, tapas”), seguido de “ameaças, intimidação, provocação”, e do uso de xingamentos e palavrões, configurando uma dimensão verbal de violência.

O abuso sexual aparece em último lugar na totalidade das compreensões, lembrado como violência pela minoria dos sujeitos. De forma geral, os profissionais representaram a violência como uma agressão que causa dano e/ou ferimentos ao outro.

Ressalta-se que a violência consiste num fenômeno complexo e de difícil conceituação, sendo que, para Minayo (2006), corre-se o risco de minimizá-la quando lhe é dada uma definição fixa e simples, culminando numa compreensão pobre de sua evolução e especificidade histórica. Ainda versando sobre o fenômeno Violência, Adorno (1988, p.3) o caracteriza ao afirmar que:

Ao mesmo tempo que ela expressa relações entre classes sociais, expressa também relações interpessoais [...] está presente nas relações intersubjetivas, aquelas que se verificam, entre homens e mulheres, entre adultos e crianças, entre profissionais de categorias distintas. Seu resultado mais visível é a conversão de sujeitos em objetos, sua coisificação. [...] A violência é simultaneamente negação de valores considerados universais: a liberdade, a igualdade, a vida.

CATEGORIA CAUSAS DA VIOLÊNCIA

A falta de educação foi tida pela maioria da equipe de saúde como causadora de violência; educação, aqui, geralmente entendida como sendo a existente em uma “orientação familiar adequada”. A falta de recursos, o uso de álcool e/ou drogas, o stress, e a ocorrência de práticas violentas na formação subjetiva do indivíduo, também foram lembradas.

A forte aparição do stress como desencadeante esteve vinculada aos discursos de alguns entrevistados sobre violência no ambiente de trabalho, entre colegas e/ou superiores. Estes indicadores corroboram uma concepção de violência como instrumento de uma hierarquia com fins de exploração, de acordo com a abrangente concepção de violência proposta por Chauí (1985), que explana o fenômeno sob dois ângulos: primeiramente, como a transformação de uma diferença ou assimetria entre indivíduos em uma relação hierárquica de desigualdade, visando a dominação, exploração e opressão, criando iniquidades e conceitos tais quais “inferior” e “superior”; em segundo lugar, como toda ação que trata um ser humano como uma coisa e não como sujeito, caracterizada pela inércia, passividade e pelo silêncio.

Um dos sujeitos assinalou a história violenta da civilização, além das desigualdades sociais, como possíveis causas de violência.

CATEGORIA TIPOS DE VIOLÊNCIA

Segundo os profissionais da atenção básica em saúde, a violência física é a dimensão de violência que mais ocorre, sendo que a psicológica/emocional, a violência verbal e o abuso sexual vem na sequência. Neste âmbito destacam-se, segundo a equipe de saúde, a ocorrência da violência de gênero e da violência intergeracional.

Conforme Saffioti (1994), existem diferenças relativas à natureza da relação (diferenças de gênero, raça e etnia, e classe social), e aquelas de caráter transitório, como nas relações intergeracionais. No primeiro caso, tem-se trocas contraditórias, nas quais o conflito de interesses só se resolve por meio de uma reestruturação social, não sendo possível supera-los conservando-se a mesma estrutura. Não são relações meramente hierárquicas, em decorrência de sua natureza contraditória.

CATEGORIA AGRESSORES

Familiares foram apontados majoritariamente como os principais autores de violência, o que é corroborado pelas vivências da equipe de saúde na comunidade, como quando nas visitas domiciliares de acompanhamento aos moradores, por exemplo. Amigos, colegas de trabalho e de escola, usuários de drogas e/ou álcool, desconhecidos, jovens e pessoas pobres, foram todos também mencionados, mas em escala bem menor que esta compreensão de violência indicativa da violência intrafamiliar, o que faz pensar a família como uma instituição produtora de práticas de violência.

Neste ponto, destaca-se que, segundo Abramovay (2002), o fenômeno Violência tem sido questionado como ato individualizado, considerando-se que muitos agressores não sentem culpa ou responsabilidade por suas ações, e que são treinados ou socializados, tanto intencionalmente quanto por modos de vida, para serem violentos. Isso desloca a ação preventiva para o âmbito das relações sociais coletivizadas; sendo assim, não focaliza-se somente indivíduos, mas grupos, comunidades e organizações. Este entendimento, entretanto, quase não foi percebido nos sujeitos da pesquisa.

CATEGORIA VÍTIMAS

Em consonância com falas anteriores da equipe da ESF Nova, crianças, mulheres e idosos são tidos como as principais vítimas das práticas de violência. Empregados, trabalhadores e jovens, bem como pessoas mais jovens, também foram apontados como prováveis vítimas.

No que tange aos casos de violência contra a mulher, Giordani (apud ANDRADE e FONSECA, 2008) indica que a violência doméstica caracteriza-se por

agressividade e coação, correspondendo tanto aos ataques físicos, sexuais e psicológicos, quanto a coação econômica usada contra os companheiros íntimos, práticas atribuídas sobretudo aos maridos, companheiros, pais e padrastos. Segundo Dantas-Berger e Giffin (apud ANDRADE e FONSECA, 2008, p. 592):

Na maioria das vezes a mulher é vítima da violência doméstica, sendo, o agressor, o companheiro íntimo, conforme dados do IBGE do final da década de 80, constatando que 63% das vítimas de agressões físicas ocorridas no espaço doméstico eram mulheres. A violência física na vida adulta atinge de 20 a 50% das mulheres, apresentando um padrão centrado na violência doméstica, sendo o parceiro ou ex-parceiro o agressor, em aproximadamente 77,6% dos casos registrados.

A consideração da violência no âmbito do trabalho, entre “chefe” e “empregado”, é endossada pelo discurso de um dos sujeitos entrevistados na ESF, que afirmou já ter sido vítima de violência verbal e psicológica por parte de seus superiores em cargos anteriores, ocupados dentro das redes de saúde pública.

CATEGORIA VÍTIMA/AUTOR DE VIOLÊNCIA

Quando questionados sobre seus papéis de vítima e/ou autor de práticas de violência, alguns dos sujeitos admitiram já terem sido vítimas das mesmas, embora a maior parte da equipe tenha respondido negativamente. Foram poucos os que assumiram participação na autoria de violência.

Pensa-se que o pudor e o desconforto causado pelo tema foram decisivos nestas respostas, já que as mesmas contradizem as compreensões explicitadas pela equipe, de que o fenômeno Violência encontra-se profundamente disseminado, em qualquer lugar e sob diversas formas.

Entretanto, dentre os entrevistados que indicaram já terem sido vítimas e autores de violência, um sujeito falou com bastante desenvoltura sobre o tema, indicando a profusão de práticas violentas presentes em seus relacionamentos amorosos anteriores, refletindo sobre como as práticas violentas estão presentes mesmo nas trocas amorosas.

CATEGORIA PRESENCIAR MANIFESTAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A maior parte dos sujeitos já presenciou atos de violência, sendo que estas ocorreram, em sua maioria, durante o trato com a comunidade, principalmente nas

ocasiões de visita domiciliar. Os episódios foram caracterizados como descuido e desrespeito no trato com idosos, maus-tratos infantis e violência conjugal.

Um dos sujeitos afirmou ter testemunhado o espancamento de uma esposa pelo seu marido, primeiramente na casa dividida por ambos, e posteriormente na rua, ocorrência esta que impactou enormemente os moradores presentes, em decorrência da brutalidade das agressões e da força necessária para imobilização do violentador.

Segundo Schraiber et al. (apud ANDRADE e FONSECA, 2008), os serviços básicos de saúde são importantes para a detecção de violência graças a sua proximidade e ampla cobertura. No caso da violência doméstica, por exemplo, a assistência pré-natal pode funcionar como espaço de identificação e a porta de entrada para a abordagem da violência, em decorrência do estabelecimento de vínculos com as mulheres, que encorajem a notificação. Para Andrade e Fonseca (2008, p. 593), entretanto:

[...] somente uma postura profissional que não seja apenas tecnicamente correta, mas que procure também ser baseada no diálogo e no reconhecimento do outro como sujeito, poderá criar este tipo de relação nos serviços de saúde.

CATEGORIA REAÇÃO PERANTE A PRÁTICA DE VIOLÊNCIA

As principais reações consistem em denunciar a violência presenciada e/ou sofrida, ou então ficar em silêncio, por medo de retaliações ou por não saber como agir. Reações de choro, tentativas de diálogo, assim como auxílio a vítima da violência ocorrida, apareceram em segundo plano nesta categoria.

Foram frequentes as falas que versaram sobre o “medo de sobrar pra mim”, como justificativa para este não envolvimento.

CATEGORIA AÇÕES DE ENFRENTAMENTO

A conscientização dos envolvidos foi a ação de enfrentamento da violência mais indicada pela equipe de saúde. A mesma refere-se neste ponto, em suma, a políticas públicas que propiciem uma reflexão necessária sobre a temática, dentre outras possíveis ações.

Um maior empenho das autoridades no combate e na fiscalização após as denúncias, foram apontadas como importantes nesses casos. Esta compreensão

parece surgir em decorrência do número considerável de casos de violência vivenciados pela equipe, que passam por tratativa judicial mas que não resolvem-se e/ou não encontram um desfecho adequado, seja por um motivo ou por outro.

A “educação em casa” e o “trabalho e as ocupações” também são cruciais, segundo os sujeitos entrevistados. Por fim, a escola foi significada como importante no enfrentamento, com o intermédio de possíveis discussões sobre o tema, e/ou com um processo educativo que tangencie a temática.

CATEGORIA PERCEPÇÃO SOBRE A COMUNIDADE

Para a maior parte da equipe de saúde, o bairro Nova é uma comunidade pacífica, principalmente pelo fato dos moradores terem ocupações (trabalharem ou estudarem), ou porque os mesmos tem uma condição financeira mais estável que a dos moradores dos bairros vizinhos.

Vários sujeitos consideraram a comunidade violenta, e indicaram as depredações que o posto de atendimento sofre como índices destas práticas. Segundo eles, nos primeiros meses de implementação do serviço, eram frequentes os episódios de vandalismo no período da madrugada.

Por fim, a esmagadora maioria não considera o bairro Nova mais violento que outras regiões do município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dimensões verbal e psicológica terem sido apontadas, a representação predominante de violência da equipe de saúde ainda é a de agressão física. O abuso sexual, por sua vez, foi a forma de violência menos mencionada pela equipe. Além disso, a ocorrência de violência é frequente, tanto na comunidade, como nas relações de trabalho, embora a maioria tenha considerado o Nova um bairro pacífico. É notório o fato de haverem dificuldades e resistências para falar sobre o tema, principalmente de admitir-se como vítima e autor de violência.

Pelas vivências compartilhadas pela equipe de saúde, pode-se refletir sobre a enorme importância que estes programas de saúde da família tem na detecção e no enfrentamento da violência, graças a sua proximidade com a comunidade. Nesse sentido, nota-se que a maioria da equipe já presenciou manifestações de violência

durante o trato com os moradores. Com relação as estratégias de enfrentamento, percebe-se que a “educação” é tida como a forma de combate à violência mais eficaz, embora a mesma seja tratada pela equipe de forma vaga, sem maiores reflexões sobre como dar-se-iam esses processos.

Por fim, os funcionários da ESF entendem a comunidade aonde está inserido seu trabalho como um lugar de pessoas “trabalhadoras e de família”, não sendo portanto mais violenta que outras, apesar de haverem, sim, práticas violentas no bairro, tais quais as de gênero e intergeracional, por exemplo; segundo eles, como em qualquer outro local.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. J. M., FONSECA, R. M. G. S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n.3, p. 591-595, set. 2008.

ABRAMOVAY, Miriam et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002.

ABRAMOVAY, Miriam et alii. **Escola e violência**. 2. ed. Brasília: UNESCO/UCB, 2003.

ADORNO, Sergio. **Violência e educação**. Caxias do Sul, V Simpósio Municipal de Educação, 1988, p.3-25. (mimeo).

CHAUÍ, Marilena. **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI E JOVCHELOVITCH (Orgs). **Textos em representações sociais**, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1995.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2006.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero no Brasil contemporâneo. In: MUNHOZ-VARGAS (Org). **Mulher brasileira é assim**, São Paulo: Rosa dos Tempos, 1994.

SOUZA, E. R. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da saúde pública. In: MINAYO E DESLANDES (Orgs). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.