



cadernos **IHU** idéias

Violências: O olhar da saúde coletiva

Élida Azevedo Hennington
Stela Nazareth Meneghel

ano 4 - nº 51 - 2006 - 1679-0316



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

Reitor

Marcelo Fernandes de Aquino, SJ

Vice-reitor

Aloysio Bohnen, SJ

Instituto Humanitas Unisinos

Diretor

Inácio Neutzling, SJ

Diretora adjunta

Hiliana Reis

Gerente administrativo

Jacinto Aloisio Schneider

Cadernos IHU Idéias

Ano 4 – Nº 51 – 2006

ISSN: 1679-0316

Editor

Prof. Dr. Inácio Neutzling – Unisinos

Conselho editorial

Profa. Dra. Cleusa Maria Andreatta – Unisinos

Prof. MS Dárnis Corbellini – Unisinos

Prof. MS Gilberto Antônio Faggion – Unisinos

Prof. MS Laurício Neumann – Unisinos

MS Rosa Maria Serra Bavaresco – Unisinos

Esp. Susana Rocca – Unisinos

Profa. MS Vera Regina Schmitz – Unisinos

Conselho científico

Prof. Dr. Adriano Naves de Brito – Unisinos – Doutor em Filosofia

Profa. MS Angélica Massuquetti – Unisinos – Mestre em Economia Rural

Prof. Dr. Antônio Flávio Pierucci – USP – Livre-docente em Sociologia

Profa. Dra. Berenice Corsetti – Unisinos – Doutora em Educação

Prof. Dr. Fernando Jacques Althoff – Unisinos – Doutor em Física e Química da Terra

Prof. Dr. Gentil Corazza – UFRGS – Doutor em Economia

Profa. Dra. Hiliana Reis – Unisinos – Doutora em Comunicação

Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel – Unisinos – Doutora em Medicina

Profa. Dra. Suzana Kilpp – Unisinos – Doutora em Comunicação

Responsável técnico

Laurício Neumann

Revisão

Mardilê Friedrich Fabre

Secretaria

Caren Joana Sbabo

Editoração eletrônica

Rafael Tarcísio Forneck

Impressão

Impressos Portão

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Instituto Humanitas Unisinos

Av. Unisinos, 950, 93022-000 São Leopoldo RS Brasil

Tel.: 51.35908223 – Fax: 51.35908467

www.unisinos.br/ihu

VIOLÊNCIAS: O OLHAR DA SAÚDE COLETIVA

DIAGNÓSTICO DAS VIOLÊNCIAS E PROPOSTA
DE INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO, RS

Élida Azevedo Hennington
Stela Nazareth Meneghel

Introdução

O tema “violência” entrou na agenda da Saúde Coletiva em meados dos anos 1990. Apesar do significativo aumento da morbimortalidade por causas externas (homicídios, acidentes, suicídios) já a partir da década anterior, a saúde, durante muito tempo, teve uma visão tradicional e até mesmo negligente em relação ao problema, considerando as “violências” como *acidentes* ou *eventos aleatórios*, com restrita possibilidade de ações preventivas. Observando o crescimento desses indicadores na maioria dos países latino-americanos, a Organização Pan-Americana de Saúde passou a recomendar aos países membros a inclusão do tema nas propostas e planos de ação, tendo sido a violência reconhecida como um relevante e crescente problema de saúde pública no mundo inteiro e foco de resolução específica durante a 49^a Assembléia Mundial de Saúde em 1996 (MINAYO, 1994)¹.

Superada a visão de que se tratava de fenômeno de caráter fortuito, imprevisível e, por isso, de difícil prevenção e controle, as *violências* passaram a objeto de estudo e alvo de estratégias específicas de intervenção no campo da saúde. Enfrentar e reduzir esse contingente de óbitos e incapacidades tornou-se um dos maiores desafios da saúde pública para o século XX (KRUG et al., 2000; MINAYO, 2004)¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como o uso intencional da força ou poder físico, de fato ou como ameaça, contra si mesmo, ou contra outra pessoa, um grupo ou comunidade, que cause ou tenha grande probabilidade de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos do desenvol-

1 Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention, acessado em 13 de setembro de 2004

vimento ou privações. As principais formas apontadas pela OMS são as violências intrafamiliar e sexual, a violência contra crianças, adolescentes e idosos, a violência ocupacional, classificando o fenômeno de acordo com a seguinte tipologia: *violência interpessoal* – doméstica ou familiar, comunitária; *violência auto-infligida* – suicídios, autolesões; ou *violência coletiva* – social, política e econômica (KRUG, 2003).

Violências no Brasil e no mundo

Analisando-se a mortalidade por causas externas e sua distribuição mundial, observa-se maior representatividade dos acidentes de trânsito nos Estados Unidos, no Canadá, no Brasil e na Venezuela, enquanto os suicídios sobressaem nas antigas repúblicas que formavam a União Soviética, em países como Lituânia, Rússia, Belarus, Estônia, Cazaquistão, Letônia, Eslovênia, além de Hungria e Finlândia. Os homicídios apresentam números expressivos na Colômbia, em El Salvador, no Brasil, na Rússia e em Porto Rico (YUNES, 1993; YUNES e RAJS, 1994)¹.

Já a partir dos anos 1980, observou-se no Brasil o crescimento acentuado da mortalidade por causas externas que passaram a ocupar o segundo lugar entre as causas de óbito no País. No ano 2000, ocorreram 118.367 mortes por causas externas, representando 12,5% do total de mortes, sendo responsáveis por 5,2% do total das internações realizadas no SUS. O coeficiente de mortalidade foi de 69,7 por 100 mil habitantes, e a razão entre os coeficientes masculino/feminino foi 5,5. Os adolescentes e adultos jovens na faixa etária de 15 a 29 anos concentraram o maior número de mortes e os coeficientes mais altos (GAWRYSZEWSKI et al., 2004).

Ainda em relação à mortalidade, os homicídios predominaram, tendo sido responsáveis por 38,3% do total de óbitos, correspondendo a 124 pessoas assassinadas por dia no País, e um coeficiente de 26,7 por 100 mil habitantes. A razão masculino/feminino foi de 8,2, e a arma de fogo foi utilizada em 63,5% dos homicídios. O País ocupa hoje o terceiro lugar entre os países com os maiores coeficientes de mortalidade por homicídios do mundo, sendo superado apenas pela Colômbia e por El Salvador.

No Brasil, os óbitos relacionados ao transporte ocuparam o segundo lugar na mortalidade por causas externas, correspondendo a 25,0% do total em 2000. Esta causa apresentou um coeficiente de 17,5 por 100 mil habitantes, sendo o risco para os homens 4,3 vezes maior do que para as mulheres e os atropelamentos constituíram 30,1% do total de mortes por acidentes de transporte. Os suicídios corresponderam a 5,7% do total de mortes por causas externas e um coeficiente de 4,0 óbitos por 100 mil habitantes: 6,5 por 100 mil habitantes para o sexo masculino e 1,6 por 100 mil para o feminino (GAWRYSZEWSKI et al., 2004).

Em relação à morbidade por causas externas, as principais causas de internações hospitalares registradas foram as quedas, responsáveis por mais da metade das internações. Traumas e lesões relacionados ao transporte terrestre são causas importantes tanto na mortalidade quanto na morbidade (GAWRYSZEWSKI et al., 2004)¹.

Além da dor e do sofrimento humanos, a violência origina um mal-estar generalizado na sociedade decorrente do medo que inspira, das graves repercussões na qualidade de vida e do grande impacto econômico pelas vítimas e custos reais e também pelos gastos e perdas que sua prevenção e medo obrigam. No Brasil, estima-se que os custos econômicos diretos da violência representam 3,3% do Produto Interno Bruto (PIB) e de 10,5% quando se incluem os custos indiretos e transferências de recursos (BRICEÑO-LEON, 2002). De acordo com Lunes (1997), as internações por causas externas tendem a ser mais dispendiosas – cerca de 37% a mais em relação à média paga pelo SUS, por internação.

A violência – fenômeno complexo, dinâmico e desafiador – vem exigindo esforços para o seu entendimento, prevenção e superação numa sociedade caracterizada por extremas desigualdades como a brasileira. Ainda que não claramente dimensionadas, as causas externas têm repercutido na sociedade com a perda significativa de anos potenciais de vida e um lastro de seqüelas incapacitantes, afetando principalmente a população jovem, masculina, de baixa renda, originando custos diretos e indiretos e influenciando decisivamente nos gastos em assistência médico-hospitalar (MINAYO & SOUZA, 1993; MELLO JORGE & LATORRE, 1994; MINAYO, 1994; SOUZA & MINAYO, 1995; VERMELHO & MELLO JORGE; 1996; LEBRÃO et al., 1997; DELLASOPPA et al., 1999).

A violência como problema de saúde pública

No Brasil, proporcionalmente às demais causas, o crescimento da mortalidade por causas externas foi de mais de 50% nos últimos 15 anos. Ocupando o 2º lugar como causa de óbito, a frequência das mortes violentas, principalmente entre adolescentes e jovens, confere ao Brasil quase o título de campeão em relação ao indicador de nível de saúde Anos Potenciais de Vida Perdidos (MELLO JORGE & LAURENTI, 1997; MELLO JORGE et al, 2002).

Sabe-se que o crescimento da violência em nosso meio tem-se dado de maneira alarmante, constituindo-se num dos principais problemas a serem enfrentados pela Saúde Coletiva. A primeira grande dificuldade com as quais nos defrontamos no combate às violências é a precariedade ou inexistência de sistemas de informação que nos dêem subsídios que permitam o es-

tabelecimento de um perfil de ocorrência desses eventos e orientem as ações.

Além disso, dentre as limitações apontadas nos estudos de morbimortalidade no Brasil, destacam-se aquelas relacionadas à qualidade da informação como a falta de identificação de grupos mais atingidos, tais como casos de maus-tratos de crianças, adolescentes e idosos e a violência contra a mulher. Também os acidentes de trabalho são notoriamente subestimados no País, não tendo sido caracterizado sequer um homicídio como acidente de trabalho no ano 2000 no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), indicando claro sub-registro já apontado em outros estudos (LUCCA et al., 1995; BINDER & CORDEIRO, 2003; HENNINGTON et al, 2004; GAWRYSZEWSKI et al., 2004).

Ainda assim, o indicador de violência mais tradicionalmente utilizado na área de saúde pela abrangência dos dados e relativa fidedignidade é a mortalidade por causas externas, obtido no SIM. Estas causas fazem parte do capítulo XX da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão – CID 10 (OMS, 1995), caracterizando a causa básica, ou seja, o tipo de agravo definido pelas circunstâncias que ocasionaram determinada lesão ou óbito. Outros tipos de dados e informações, porém, tornam-se importantes para a complementação e conformação de um perfil de adoecimento e morte decorrente das violências.

Informações iniciais indicavam São Leopoldo como um dos municípios mais violentos do Estado. Caracterizado como um problema de Saúde Pública e diante do quadro ainda nebuloso sobre a situação real, era preciso investigar e aprofundar o conhecimento sobre a situação do município no tocante ao fenômeno da violência e suas diversas expressões. Tornava, então, premente o estabelecimento de um diagnóstico sobre a situação das violências na cidade, saber suas características e os grupos de maior vulnerabilidade.

Contexto: o município de São Leopoldo

São Leopoldo situa-se no Vale do Rio dos Sinos, a cerca de 30 km da capital do estado do Rio Grande do Sul, e faz parte da região metropolitana de Porto Alegre (RMPA). Originalmente habitada por etnias indígenas – caingangue e guarani – a região do Vale dos Sinos foi marcada pela imigração européia, especialmente alemã, e pelo desenvolvimento e consolidação de um pólo industrial coureiro-calçadista (DREHER, 1999; FLECK, 2001; COSTA & PASSOS, 2004).

A estrada de ferro ligando São Leopoldo a Porto Alegre, construída no final do século XIX, propiciou o início do processo de industrialização da região. A partir da construção da rodovia em 1939, houve a consolidação do eixo norte-sul com a localiza-

ção de indústrias e de loteamentos residenciais (DREHER, 1999; FLECK, 2001). Após expressivo desenvolvimento a partir dos anos 1970 com a abertura do setor ao mercado externo, a indústria de calçados entrou em crise em meados da década de 1990, fruto da grande competitividade e efeitos recessivos da política econômica da época, resultando em falências de empresas e desemprego. Entretanto, até os dias atuais, o setor ainda corresponde à parcela importante da produção industrial no Estado, abrigando expressiva força de trabalho. Em que pese a retração do emprego, a indústria de calçados mantinha-se, em 1997, na primeira posição com quase 40% da força de trabalho industrial na região (STERNBERG, 2000; RELATÓRIO, 2003; COSTA & PASSOS, 2004).

A RMPA abriga a maior concentração industrial do Estado, e São Leopoldo surge na 10ª posição como pólo exportador, com ênfase em produtos químicos, do setor metal-mecânico, calçados e armas. A população do Vale dos Sinos é formada hoje por muitos migrantes proletarizados inicialmente egressos do meio rural, oriundos do norte e noroeste do Estado, atraídos pela oferta de trabalho e depois por aqueles que perderam os empregos durante o processo de modernização agrícola gaúcha, conhecido como “fenômeno soja”, das regiões do Alto Uruguai e Planalto Médio. A força de trabalho concentra-se principalmente nas atividades de prestação de serviços, na indústria de transformação e no comércio de mercadorias. O desemprego na RMPA, em 2003, foi de 16,7%, e o rendimento médio real do total de ocupados sofreu uma retração de 9,6% em relação ao ano anterior (RELATÓRIO, 2003; SCHNEIDER, 2004; FEE, 2004).

A cidade de São Leopoldo possui população estimada em 2005 de 209.611 habitantes^{2,3}. Apresenta taxa de analfabetismo de 4,78 %, expectativa de vida ao nascer de 69 anos e coeficiente de mortalidade infantil de 10,16 por mil nascidos vivos. O Índice de Desenvolvimento Socioeconômico⁴ (IDESE) do município em 2002 foi 0,745, assumindo o 83º lugar no total de 497 municípios do Estado. A partir da desagregação do IDESE em blocos, observa-se que a cidade ocupa a 44ª posição em relação ao blo-

2 Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 19 nov. 2005

3 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 19 nov. 2005

4 O IDESE é um índice sintético que abrange um conjunto amplo de indicadores sociais e econômicos com o objetivo de mensurar o grau de desenvolvimento dos municípios. É resultado da agregação, com a mesma ponderação (0,25), de quatro blocos de indicadores: Domicílio e Saneamento, Educação, Saúde e Renda. Cada um dos blocos, por sua vez, resulta da agregação de diferentes variáveis. Assim como no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), os municípios podem ser classificados pelo IDESE em três grupos: baixo desenvolvimento – índices até 0,499, médio desenvolvimento – entre 0,500 e 0,799 e alto desenvolvimento – índices maiores que 0,800. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_idese.php> Acesso em: 23 set. 2004.

co “saneamento e domicílios”, 183ª posição no bloco “renda”, 258ª no bloco “educação” e 379ª em relação ao bloco “saúde”⁵. As principais causas de morte no município são as doenças do aparelho circulatório (31%), as neoplasias (18%) e as causas externas (15%), predominando neste grupo as agressões e os acidentes de transporte.

No ano 2002, as causas externas representaram 75% dos óbitos na faixa etária de 10 a 14 anos e 84% na faixa etária de 15 a 19 anos, índice este superior à média brasileira, situada em torno de 70%. Os maiores coeficientes de mortalidade são por doenças cerebrovasculares (62,3 óbitos por 100 mil habitantes), infarto agudo do miocárdio (56,3 por 100 mil habitantes), agressões (33,7 por 100 mil) e acidentes de transporte (31,7 por 100 mil). Além disso, São Leopoldo vem se constituindo, nos últimos anos, como o município do interior do Estado com a maior proporção de adolescentes em conflito com a lei em regime de internação. (OLIVEIRA, 2003; WAISELFISZ, 2004)⁶.

Trata-se de uma cidade de médio porte, característica da região metropolitana, que sofre ciclicamente com problemas de estagnação e recessão econômicas decorrentes das oscilações da taxa cambial, tendo em vista, especialmente, a forte dependência da indústria coureiro-calçadista do mercado externo e a grande competitividade no mercado global. Isso gera consequências diretas nesse setor produtivo e também repercussões nos demais setores econômicos, ligados, direta ou indiretamente, à produção de calçados. Nos últimos anos, São Leopoldo tem apresentado um expressivo crescimento do desemprego, de áreas de ocupação e bolsões de pobreza, e um significativo aumento dos índices gerais de violência.

Como enfrentar as violências em São Leopoldo? Construindo a proposta de pesquisa

O município de São Leopoldo apresenta hoje indicadores que caracterizam um quadro geral preocupante no que se refere, especialmente, à vulnerabilidade de determinados grupos populacionais a violências e acidentes, situação que precisa ser mais bem investigada, exigindo o aprofundamento sobre este quadro e o dimensionamento da violência e suas expressões em estratos populacionais específicos, como mulheres, crianças e adolescentes, idosos, trabalhadores e a conseqüente proposição de estratégias e mecanismos efetivos de intervenção.

Diante desse quadro, foi proposta pesquisa com o objetivo de realizar diagnóstico das violências no município de São Leo-

5 Disponível em: <http://www.fee.tche.br> Acesso em: 18 nov. 2005.

6 Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernos/rs.htm> Acesso em: 19 nov. 2005.

poldo e desenvolver ações de enfrentamento dos problemas prioritários. Para isso, seria preciso traçar o perfil quantitativo e qualitativo das violências e vulnerabilidades no município, utilizando dados demográficos, de morbimortalidade, institucionais, de informantes-chave e outros; nuclear grupos de trabalho e reflexão constituídos por operadores do social⁷, oriundos das instituições que lidam com as violências; qualificar esses trabalhadores em práticas socioeducativas para o manejo de dados e informações, além da atuação em grupos e coletivos e identificar grupos e regiões de maior vulnerabilidade, propiciando a realização de intervenções para prevenir, controlar e reduzir violências. A proposta deste estudo é o da pesquisa-ação, utilizando elementos também da pesquisa-intervenção e pesquisa participante, compreendendo aspectos quantitativos e qualitativos.

A pesquisa-ação surgiu no âmbito das ciências sociais nos anos 1960 como uma necessidade de produzir saber não só para conhecer a realidade, mas principalmente para transformá-la. Constituiu uma tentativa de solução de questões específicas de grupos sociais aliados do poder. As diferentes propostas e modelos de investigação participante, militante ou comprometida são unânimes em enfatizar aspectos como o do envolvimento do pesquisador no processo de construção coletiva da pesquisa, descartando a suposta neutralidade da ciência apregoa-da pelas correntes positivistas, estrutural-funcionalistas e empiristas (THIOLLENT, 1980; SILVA, 1986; FREIRE, 1988; MORIN, 2004).

Thiolle (1980) conceituou a pesquisa-ação como uma estratégia de conhecimento voltada para a resolução de problemas do mundo real, em que participantes e pesquisadores estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Entre os objetivos da pesquisa participante encontra-se a necessidade de intervenção social e atenção a demandas populacionais de grupos excluídos ou marginalizados. A investigação participativa na América Latina articulou-se com a proposta de educação popular, principalmente a vertente da educação libertadora freiriana. Paulo Freire formulou uma proposta de educação cuja característica fundamental é o papel ativo do educando e assumiu o pressuposto de que toda a pesquisa é educativa: “fazendo pesquisa, educo-me e estou me educando com grupos populares – pesquisar e educar se identificam em um permanente movimento” (FREIRE, 1988, p. 36). Dois aspectos são fundamentais na proposta de Freire, que compartilhamos nesta pesquisa: a re-

7 Para fins deste projeto, consideramos *operador do social* ou *operador social* todo e qualquer ator social de uma comunidade (instituições e/ou serviços públicos ou privados, organizações, movimentos sociais, grupos ou qualquer outra liderança ou representante da sociedade civil) que atue na atenção às mulheres em situação de violência, visando à prevenção, ao combate ou à sua erradicação.

lação de reciprocidade entre sujeitos pesquisados e pesquisadores e a relação dialética entre teoria e prática - a práxis. A práxis, na concepção de Freire, envolve ação e reflexão; é um fazer e refazer constante em um movimento no qual vamos da prática à teoria e desta a uma nova prática, ou seja, "separada da prática, a teoria é verbalismo inoperante; desvinculada da teoria a prática é ativismo cego" (FREIRE, 1978, p. 135). A opção libertadora atua dialeticamente em permanente dinâmica entre objetividade e subjetividade, superando o olhar que reduz os grupos populares a meros objetos de pesquisa, reiterando que não há os que sabem e os que não sabem, sujeitos que libertam e objetos a serem libertados.

Brandão, refletindo sobre a pesquisa participante, denunciou a separação entre o lado popular dos que são pesquisados para serem conhecidos e dirigidos, versus o lado científico de quem produz conhecimento, determina seus usos e dirige o povo em seu próprio nome ou, mais freqüentemente, em nome daqueles para quem trabalha (BRANDÃO, 1988).

Demo (1984) sintetizou as características da pesquisa participante, identificando as seguintes premissas: trata-se de uma opção qualitativa, política e cientificamente fundada, na qual a ideologia e controle ideológico estão claramente expostos, a relação sujeito-objeto integrada, a descoberta da realidade ocorre por meio da prática política e, finalmente, a referência metodológica é a práxis, ou seja, a relação dialética entre teoria e prática. Além disso, há a preocupação em analisar a realidade como uma totalidade concreta, ou seja, um todo dialético, estrutural e histórico, a qual só é possível de ser captada em um processo de oscilação dialética.

A pesquisa-ação é ideal na abordagem de um objeto/fenômeno social complexo em evolução. Trata-se de um método que visa a uma ação estratégica e que envolve necessariamente a participação dos atores, exigindo engajamento pessoal, abertura à atividade humana e relações de cooperação e colaboração em que o diálogo prevalece. Um processo em que as relações entre teoria e prática, pesquisa e ação são constantes e que pressupõe a utilização de uma variedade de ferramentas e a revisão constante de sua problemática e metodologia. O pesquisador exerce papel fundamental no desenvolvimento do estudo, atuando de modo a propiciar o comprometimento dos atores sociais envolvidos e a participação coletiva como autores da mudança mediante a transformação da ação e do discurso, reciprocamente, e melhoria da situação em foco (MORIN, 2004).

Nos últimos anos, dos problemas mais complexos enfrentados pela sociedade e a relativa impotência dos modelos científicos tradicionais para resolvê-los ou propor estratégias de enfrentamento efetivas, houve uma volta às concepções de investigação-ação. Os pesquisadores deram-se conta do caráter inte-

gral que a pesquisa-ação apresenta, ocorrendo um esgotamento do modelo de ciência baseado em uma via de mão única. Outra vantagem da pesquisa-ação é a de que ao mesmo tempo em que os problemas são identificados, vão-se construindo intervenções para buscá-los.

Ao revisitar, reconstruir e reinventar modos de fazer pesquisa-intervenção no momento atual percebeu-se que a dominação por mais científica que se proclame não se completa nunca, até porque não existe conhecimento absoluto. Este fato permite que sempre haja espaço para mudanças e transformações e “nestas zonas de incompletudes, de indeterminação, de inconscientes, de fraturas, de carências, de flexibilidades é onde pode operar-se a investigação” (VILLASANTE, 1998, p. 408). Além disso, os movimentos populares de resistência apontam a valores de defesa da integralidade dos territórios contra medidas setoriais e especializadas; de ruptura com os paradigmas tradicionais e a adesão a propostas alternativas e de auto-educação na responsabilidade popular em assuntos públicos. A pesquisa participante possibilita a relação com estes grupos que podem cooperar em projetos avançados e participativos e onde podemos desenvolver técnicas dos movimentos populares e para com eles.

Para o setor saúde no Brasil, a participação histórica no movimento da educação popular foi marcante na criação de um movimento de profissionais que busca romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. A educação popular em saúde tem significado um instrumento fundamental na construção de um modelo de atenção integral, por meio da articulação das múltiplas, diferentes e até contraditórias iniciativas presentes em cada problema de saúde, em um processo que valoriza os saberes e as práticas dos sujeitos usualmente desconsiderados devido a sua origem popular (VASCONCELOS, 2001).

Portanto, a partir de uma revisão dos pressupostos da investigação participativa, da educação libertadora de Freire e da educação popular em saúde, formulamos um projeto de pesquisa que busca, não apenas diagnosticar ou traçar perfis da magnitude das violências no município de São Leopoldo, mas sobretudo explorar possibilidades de atuação na realidade, por meio da sensibilização de um grupo de informantes-chave, oriundos e representantes de entidades populares e instituições que operam com violências. Dessa maneira, o projeto constitui, de um lado, uma proposta de pesquisa-ação e, por outro lado, possibilita a confecção de um perfil das violências no município. Possui matizes quantitativos – a elaboração dos indicadores sobre violência, e outro qualitativo – a organização de grupos de reflexão para produzir conhecimento crítico sobre as vulnerabilidades locais e estratégias de resistência para enfrentá-las. Além disso,

possibilita ao fazer pesquisa, que se proceda à qualificação do grupo participante, tratando-se, portanto, de uma ação de educação continuada, ou seja, não basta que alguns saibam fazer, é preciso que este saber-fazer se dissemine nas instituições como um todo com base em uma estratégia de educação freiriana, em que não há quem ensine e quem aprenda mas que todos aprendam juntos, com base nas angústias, na experiência prévia e na vontade de superar as dificuldades (VASCONCELOS, 2001). A qualificação irá acontecendo dentro dos grupos de trabalho e de reflexão, integrada no dia-a-dia dos trabalhadores e, com base nos problemas/necessidades destes atores e da população, visando à transformação da realidade. Ademais, a metodologia prevê abertura e flexibilidade para reordenações e redirecionamentos do desenvolvimento da pesquisa, dos achados e das necessidades identificadas ao longo do estudo.

Estratégias metodológicas

Num primeiro momento, foi constituído um grupo de trabalho formado por nós, pesquisadoras, e alunos de graduação e de pós-graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS para o estabelecimento de diagnóstico prévio das violências, obtidos por meio de coleta e análise de dados secundários de natureza quantitativa, obtidos com os grandes bancos de dados existentes (do Ministério da Saúde e outros órgãos governamentais). Além destes, houve uma busca aos dados disponíveis de organizações e entidades locais. Ao mesmo tempo, foram mantidos contatos iniciais com diferentes instituições públicas e privadas do município de São Leopoldo, cujos operadores trabalham com o tema violência (Prefeitura, Secretarias Municipais e Coordenadorias, Delegacia de Polícia, Organizações Não-Governamentais) para conhecer, apresentar o projeto e sensibilizar para a participação.

A idéia é a constituição de um grupo-tarefa para realizar a discussão da pesquisa e estabelecer um contrato aberto, formal e não-estruturado, envolvendo negociação e entendimento entre os participantes do processo. A pesquisa será desenvolvida por meio de grupos de trabalho e reflexão com operadores/informantes-chave. O primeiro movimento do grupo será o de discutir, complementar e validar o diagnóstico preliminar das violências em São Leopoldo. Esses dados produzidos constituem, ao mesmo tempo, diagnóstico da situação de saúde do município e elemento de qualificação da equipe. O grupo deverá conhecer como obter os dados, quais as fontes usuais, quais as distorções que sofrem, como georreferenciá-los e que uso se pode fazer deles. Desse modo, na medida em que o dado é produzido e analisado, o grupo passa a apropriar-se dele e utilizá-lo para denúncia, para estabelecer prioridades de ação, para discussão e

acompanhamento. Pretende-se também utilizar a mídia escrita local para análise das violências em relação a suas características, população atingida, locais de ocorrência, frequência e formas discursivas utilizadas pelo veículo de comunicação. As ocorrências jornalísticas serão pesquisadas no principal jornal do município, durante um ano calendário e serão identificadas violências contra a pessoa, como assassinatos, violência física, psicológica, sexual e racial.

Os dados qualitativos de pesquisa irão emergir dos grupos de reflexão, compostos por operadores do social, que optarem por participar da pesquisa/educação continuada. Os temas a serem trabalhados nos grupos serão elencados com base no levantamento de expectativas dos participantes. As ferramentas a serem utilizadas incluem os diários de campo, atas de reunião, discussões em grupo e recursos de mídia. Além disso, técnicas e dinâmicas para intervenção poderão ser testadas nos grupos. Durante a fase qualitativa, os participantes dos grupos de reflexão irão priorizar problemas e desenvolver uma intervenção nos seus locais de origem, pautada no diagnóstico quali-quantitativo, na escuta das demandas locais e na viabilidade e factibilidade da própria intervenção.

Os grupos representam um caminho para a construção de estratégias coletivas de resistência. O grupo é uma estrutura básica de trabalho e investigação, assim como uma instância de ancoragem do cotidiano. As forças interacionais internas dos grupos implicam a sustentação e apoio socioemocional, o fortalecimento das interações emocionais, a comunicação aberta, o compromisso e a responsabilidade, a participação efetiva e a construção de uma individualidade crítica (MENEGHEL et al., 2000). A idéia é trabalhar grupos no sentido de grupo dispositivo⁸, isto é, grupos que possam servir para iniciar mudanças, tanto nos operadores quanto nos participantes, sem uma programação prévia muito fechada, o que não quer dizer que as reuniões não sejam exaustivamente preparadas, mas sempre estando atento às aspirações dos participantes e podendo mudar completamente os temas, as dinâmicas, os rumos, a prática se necessário for. Os grupos serão compostos por participantes das instituições de São Leopoldo que operam com as violências e preferencialmente não ultrapassar o número de 15 pessoas, para possibilitar a sua efetiva participação. As reuniões de grupo se-

8 Este conceito foi apresentado por Benevides de Barros (1994 e 1997) que o define com base em cinco elementos constitutivos: pluralidade de indivíduos, objeto comum, espaço dado, tempo definido e contexto social – o grupo existe como um catalisador, capaz de produzir focos de criação, incluindo a subjetivação. A noção de dispositivo aponta para algo que faz funcionar, que produz novos acontecimentos e acentua as múltiplas vozes dos atores envolvidos e desta forma a subjetividade pode se fazer coletiva. Entende-se grupo não como forma, mas como dispositivo que aciona, dispara processos.

rão gravadas e/ou filmadas para posterior compilação e análise das falas, culminando com a realização de intervenções e avaliação do processo de pesquisa-ação realizada pelos participantes.

Os dados qualitativos serão analisados, utilizando-se como referencial a análise do discurso (MINAYO, 1992; BAUER & GASKELL, 2002; IÑIGUEZ, 2003) com base no material produzido nos grupos, nos resultados das intervenções realizadas pelos participantes e na avaliação realizada durante o processo da pesquisa.

O plano de análise da pesquisa insere-se no campo das práticas discursivas, ou seja, as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais cotidianas – refere-se à linguagem em uso como prática social:

A linguagem em uso é tomada como prática social e isso implica trabalhar a interface entre os aspectos performáticos da linguagem (quando, em que condições, com que intenção, de que modo) e as condições de produção (entendidas aqui tanto como contexto social e interacional, quanto no sentido foucaultiano de construções históricas). (SPINK, 2004b, p. 39).

Estas práticas constituem momentos ativos do uso da linguagem, capazes de gerar ressignificações, rupturas e produção de sentidos. É com base nessa análise que podemos compreender o sentido como um fenômeno sociolingüístico – construção social, coletiva e interativa (IÑIGUEZ, 2003; SPINK, 2004a e 2004b).

Dentre as várias possibilidades de análise do discurso, escolhemos a da análise crítica, a qual propõe o uso dos fundamentos teóricos como uma caixa de ferramentas que permite acrescentar novos olhares e novos enfoques à realidade e onde o pesquisador se converte em artífice por meio da implicação com o que estuda. Estes novos olhares, novas maneiras de indagar e novos modos de focar os objetos de estudo supõem uma mudança na perspectiva de investigação, em assumir uma perspectiva problematizadora que permita o emergir de novos objetos de investigação. Os analistas críticos do discurso focalizam ações sociais que se põem em prática por meio do discurso como abuso de poder, desigualdades sociais, marginalidade e exclusão. Nesta pesquisa, iremos analisar os discursos que emergirem nos grupos de reflexão, buscando identificar os mecanismos ideológicos dominantes e problematizá-los, objetivando produzir mudanças nas pessoas e situações em foco.

Considerações finais

Análises iniciais demonstram que as causas externas, terceira causa de óbito no município, correspondem a cerca de

15,0% do total de mortes em São Leopoldo. A título de comparação, no estado do Rio Grande do Sul, essas causas representam 10,0% do total de óbitos. No ano de 2002, o coeficiente de mortalidade por causas externas para o Estado foi de 66,4 óbitos por 100 mil habitantes e para o município de São Leopoldo foi de 91,5 por 100 mil habitantes, inferior somente ao município de Alvorada. A razão entre os coeficientes masculino e feminino foi de 4,9, ou seja, os homens morrem cerca de 5 vezes mais por violências do que as mulheres no município; o grupo etário mais afetado é o de 20 a 29 anos (23,0% dos óbitos), concentrando o grupo de adolescentes e adultos jovens cerca de 72% dos casos. Quanto ao tipo de causa de morte violenta, predominam os homicídios (coeficiente de mortalidade de 33,7 por 100 mil) e os acidentes de transporte (coeficiente de mortalidade de 31,7 por 100 mil). Os homicídios são causados principalmente por armas de fogo (86%). Observou-se também que os coeficientes de mortalidade tanto por causas externas quanto por homicídios apresentaram um excesso de 20 a 60% na população negra (pretos e pardos). Já os dados da Secretaria de Justiça e Segurança Pública do Estado indicam que os principais crimes registrados na cidade foram aqueles contra o patrimônio e os crimes contra a pessoa. Houve também o registro de um significativo número de roubos a pedestres, sinalizando a maior vulnerabilidade da população de baixa renda.

Os dados disponíveis, analisados até o momento provêm de bancos que, apesar das limitações em relação à notificação de casos e qualidade da informação registrada, permitem uma aproximação da realidade do município. No entanto, existe uma gama de dimensões da violência cujo panorama ainda é bastante obscuro e que precisam ser investigadas e conhecidas como o caso, por exemplo, da violência intrafamiliar/de gênero. Assim, esta pesquisa deve ser considerada apenas o início de um processo contínuo e duradouro, exigindo investimento, comprometimento e vontade política dos vários atores envolvidos – universidade, entidades públicas e privadas, movimentos sociais. Diante de um grande desafio como este, atuar de forma coletiva, interdisciplinar e intersetorial no combate às violências e na promoção da paz torna-se fundamental para que se consiga agir de forma efetiva e melhorar a vida das pessoas desta cidade. E a Saúde Coletiva não poderia jamais fugir a este compromisso.

Referências bibliográficas

- BAUER, M.W.; GASKELL, G. (ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. – um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BENEVIDES DE BARROS, R. Dispositivos em ação: o grupo. In: Silva, A.E. (org.). *Saúde Loucura* – subjetividade: questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997. v. 6, p.144-54,.

- BENEVIDES DE BARROS R. Grupos e Produção. In: Baremlitt, G. (org.) *SaúdeLoucura – grupos e coletivos*. São Paulo:Hucitec, 1994. v. 4, p.182-191.
- BINDER, M.C.P.; CORDEIRO, R. Sub-registro de acidentes do trabalho em Botucatu. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 409-16, 2003.
- BRANDÃO, C. R. *Pesquisa Participante*. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- BRICEÑO-LEON, R. La nueva violencia urbana de América Latina. *Sociologías*, Porto Alegre, ano 4, n. 8, p. 34-51, jul./dez 2002.
- COSTA, A.B.; PASSOS, M.C. *A indústria calçadista no Rio Grande do Sul*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2004.
- DELLASOPPA, E.; BERCOVICH, A.M.; ARRIAGA, E. Violência, direitos civis e demografia no Brasil na década de 80: o caso da área metropolitana do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.14, n.39, p.155-76, fev. 1999.
- DEMO, P. *Pesquisa participante - mito e realidade*. Rio de Janeiro: SENAC, 1984.
- DREHER, M. N. Evolução econômica da região do Vale do Rio dos Sinos. *Estudos Leopoldenses: série histórica*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, v III, n.2, p.49-70, jul./dez. 1999.
- FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *Informe PED: pesquisa de emprego e desemprego*. Ano 12, janeiro, 2004. Número especial.
- FLECK, L. *A saga do Vale: história da imigração alemã no Vale do Rio dos Sinos*. São Leopoldo: Edição do Autor, 2001.
- FREIRE, P. *Ação cultural para a liberdade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Tera, 1978.
- FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, C.R. (org.). *Pesquisa Participante*. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- GAWRYSZEWSKI, V.P.; KOIZUMI, MS; MELLO JORGE, M.H.P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n.4, p. 995-1003, jul-ago. 2004.
- HENNINGTON, E.A.; CORDEIRO, R.; MOREIRA FILHO, D.C. Trabalho, violência e morte em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n.2, p.610-17, mar-abr. 2004.
- IÑIGUEZ, L. (ed.) *Análisis del discurso – manual para las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial UOC, 2003.
- IUNES, R. F. III – Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, p. 38-46, 1997. Suplemento 4.
- KRUG, E.G. et al. The global burden of injuries. *American Journal of Public Health*, v. 90, n. 4, p. 523-6, 2000.
- KRUG E.G. et al. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OPS/OMS, 2003.
- LEBRÃO, M.L.; MELLO JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R. II – Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Revista de Saúde Pública*, v.31, p.26-37, 1997. Suplemento 4.

LUCCA, S.R.; FÁVERO, M. Os acidentes do trabalho no Brasil – algumas implicações de ordem econômica, social e legal. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 22, n. 81, p.7-14, 1994.

MELLO JORGE, M.H.P.; LATORRE, M.R.D.O. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, p.19-44, 1994. Suplemento 1.

MELLO JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R. Acidentes e violências no Brasil: apresentação. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, p. 51-4, 1997. Suplemento 4.

MELLO JORGE M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II – Mortes por causas externas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.5, n.2, p. 212-23, 2002.

MENEGHEL, S.N. et al. Cotidiano violento – oficinas de promoção em saúde mental em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.193-203, 2000.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento* – pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MINAYO M.C.S.; SOUZA E.R. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n.1, p. 65-78, mar. 1993.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p.7-18, 1994. Suplemento 1

MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n.3, p. 646-647, jun. 2004.

MORIN, A. *Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

OLIVEIRA, C. S. *Relatório: um pacto pela juventude de São Leopoldo*. São Leopoldo, Unisinos, 2003. [mimeo]

RELATÓRIO Diagnóstico, necessidades, perspectivas de inclusão e desenvolvimento econômico da RMPA (versão preliminar). Gravataí, RS, 2003. [mimeo]

SILVA, M. O. S. *Refletindo a pesquisa participante*. São Paulo: Cortez, 1986.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In MINAYO, M.C.S. (org.). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, p.87-116, 1995.

STERNBERG, S. S. W. O emprego formal no Corede Vale do Rio dos Sinos: uma trajetória marcada pela forte retração do emprego industrial. *Indicadores Econômicos FEE*, Porto Alegre, v. 28, n.2, p. 248-83, 2000.

THIOLLENT, M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis, 1980.

VASCONCELOS, E. M. V. (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos* – reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

VERMELHO, L.L.; MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 4, p.319-31, 1996.

VILLASANTE, T.R. De los movimientos sociales a las metodologías participativas. In: DELGADO, JM & GUTIERREZ, J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación em ciencias sociales*. Madrid: Síntesis, 1998.

WASELFIKZ, J. J. *Mapa da violência IV*. Ed. Unesco, 2004.

YUNES, J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.114, p. 302-16, 1993.

YUNES, J.; RAJS, D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.10, p. 88-125, 1994. Suplemento 1.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO - APÓS RECOMENDAÇÕES

*Stela Nazareth Meneghel
Élida Azevedo Hennington*

Contextualizando o problema

No início dos anos 1990, a violência contra a mulher, atualmente denominada de violência de gênero, foi reconhecida como um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde, que a considera um dos tipos mais generalizados de abuso de direitos humanos e o menos reconhecido (PALTIEL, 1993; KRUG, 2003).

As denominações usadas para esse tipo de violência incluem os termos violência ou abuso doméstico, abuso contra esposa ou companheira, violência na família e mulheres batidas, maltratadas ou espancadas. A opção pelo uso da designação violência de gênero, implica a desnaturalização da violência e a compreensão de que ela está fundamentada nas desigualdades entre homens e mulheres.

Gênero foi uma categoria construída pelo movimento feminista, articulado a partir dos anos 60 do século XX, na Europa e nos Estados Unidos e que começou a aparecer nos escritos e pesquisas latino-americanos, aproximadamente uma década mais tarde. Gênero tem sido considerado os arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana e nos quais estas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas (SAFFIOTTI, 1999; BRASIL, 2003).

A violência de gênero que ocorre entre os casais não é resultado de eventos inexplicáveis ou de condutas desviantes ou patológicas, mas constitui práticas aprendidas, produto de uma organização social fundamentada na desigualdade. A violência intrafamiliar resulta de relações desiguais de poder e é exercida pelos que se apossam do direito de intimidar e controlar. Na família, as desigualdades produzidas por gênero e pela idade são as principais determinantes das relações violentas que aí se constituem, mostrando a face adultocêntrica e misógina do poder (SCOTT, 1990; SAFFIOTTI, 1999; SAGOT, 2000).

A violência de gênero tem sido caracterizada como qualquer ato que resulta ou possa resultar em danos ou sofrimentos físico, sexual, psicológico ou patrimonial da mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual e incesto. Também se inclui, embora de forma mais sutil, a seleção ou preferência de filhos segundo o sexo, a prática de aborto de fetos do sexo feminino, a desnutrição intencional e a venda de filhas para a prostituição ou matrimônio, visto que grande parte desta violência está oculta, em muitos casos é negada ou é abordada com indecisão pelas políticas sociais. Elas têm como base comum as desigualdades em relação ao gênero feminino que predominam na sociedade: as desigualdades salariais, o assédio sexual no trabalho, o uso do corpo da mulher como objeto, o tráfico nacional e internacional de mulheres e de meninas (PALTIEL, 1993; HARTIGAN, 1997; HYMAN et al, 2000; MENEGHEL et al, 2003).

A violência contra a mulher adquire especial importância na medida em que se estima que, pelo menos, um quinto da população feminina mundial já tenha sofrido violência física ou sexual em algum período da vida. No mundo, um em cada cinco dias de faltas no trabalho feminino decorre da violência doméstica. Nos Estados Unidos, um terço das internações de mulheres em unidades de emergência é consequência de agressões sofridas em casa. Na América Latina, a violência de gênero incide sobre 25% a 50% das mulheres e seus custos são muito elevados. A violência contra a mulher é causa importante de incapacidade e morte em idade produtiva, tanto nos países desenvolvidos quanto nos de Terceiro Mundo. As mulheres agredidas física, psicológica ou sexualmente pelos companheiros geralmente recebem salário inferior ao de uma trabalhadora que não é vítima de violência doméstica. O Brasil perde 10,5% do seu PIB como decorrência da violência de gênero (BRASIL, 1997)⁹.

Em 48 investigações realizadas em diferentes países, encontraram-se cifras apontando que de 10 a 69% das mulheres mencionaram ter sido agredidas fisicamente por seus companheiros em algum momento de suas vidas. Inquiridas sobre a violência nos últimos 12 meses, as cifras oscilaram de 3% na Austrália e Canadá até 52% em mulheres palestinas de Gaza. Para muitas delas, este é um evento crônico (KRUG, 2003). Estudos epidemiológicos de âmbito populacional sobre a prevalência de violência contra a mulher indicam que ela oscila de 20% a 75%. No Brasil, de 23% a 44% das mulheres estão sujeitas à violência de gênero; a cada 4 minutos, uma mulher é agredida em seu do-

9 BRASIL. 1997. 10ª Conferência Nacional de Saúde. A violência doméstica é também uma questão de saúde pública. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/violencia_contra_mulher> Acesso em: ago. 2001.

micídio por uma pessoa com quem mantém relação de afeto; mais de 49% das violências resultam em lesões corporais graves. Embora a magnitude da violência de gênero ainda não possa ser dimensionada com precisão, sabe-se que o agravo é de elevada prevalência e tem assumido caráter endêmico (JORNAL REDESAÚDE, 1999; REICHENHEIN et al., 1999; BRASIL, 2002; SCHRAIBER et al, 2002).

Com a crescente feminização da pobreza, as mulheres maltratadas são vítimas da violência contra o patrimônio, atos dirigidos a prejudicar a manutenção da mulher e da família. Nestas situações, um dos principais alvos é a retirada de suas casas (MENEGHEL, CAMARGO e FASOLO, 2000). Esta situação perpetua a injustiça e a discriminação ao negar-lhes o acesso igualitário aos recursos sociais e econômicos, impedindo-as de contribuir com os processos de desenvolvimento social (SAGOT, 2000).

A violência entre o casal se refere a qualquer comportamento na relação íntima que cause dano físico, psíquico ou sexual. Este tipo de violência inclui agressões físicas, maltrato psíquico, relações sexuais forçadas e atos autoritários, como o isolamento de uma pessoa de sua família, o controle de seus movimentos e a restrição do acesso à informação, à assistência ou ao trabalho (KRUG, 2003). Portanto, costuma-se classificar a violência entre o casal em violência física, psicológica e sexual e tem-se observado a coexistência entre os diferentes tipos. Na cidade de Porto Alegre, em uma amostra de usuárias de um Serviço de Atenção Básica em Saúde observou-se que 52% de mulheres referiram sofrer mais de um tipo de violência e 12%, os três tipos (KRONBAUER e MENEGHEL, 2005).

Segundo Gomes (1994), a violência produz danos e consequências imediatas ou tardias. Entre os efeitos das violências, salienta-se o sofrimento mental. A fragilização e a vulnerabilização ocasionadas pelas violências incluem problemas permanentes na auto-estima e auto-imagem, deixando as mulheres com menos possibilidade de proteger-se, menos seguras do seu valor e dos seus limites pessoais, e mais propensas a aceitar a vitimização como sendo parte de sua condição de mulher. As consequências da violência de gênero para a saúde das mulheres são maiores que os efeitos de todos os tipos de câncer e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares.

Conforme Giffin (1994), o maltrato afeta a auto-estima das mulheres e sua capacidade de cuidar de si mesmas e de seus filhos, de manter um trabalho e integrar-se socialmente. Entre os quadros orgânicos resultantes das violências, encontram-se obesidade e outros distúrbios nutricionais, síndrome de dor crônica, distúrbios gastrintestinais, fibromialgia, distúrbios ginecológicos, aborto espontâneo. O impacto de tipos diferentes de abuso e sua continuidade ao longo do tempo parece ser cumulativo. Para algumas mulheres, o peso destas agressões e a de-

sesperança que o maltrato acarreta parecem tão insuportáveis que podem levá-las ao suicídio. Muitas vezes, as seqüelas psicológicas do abuso são ainda mais graves que seus efeitos físicos. A experiência do abuso destrói a auto-estima da mulher, expondo-a a maiores prevalências de sofrimento mental, como depressão, fobia, tendência ao suicídio e consumo abusivo de álcool e drogas. Os sentimentos depressivos e de apatia gerados pela violência, dificultam a busca de resoluções para esse sofrimento. A depressão, a ansiedade e os sintomas fóbicos caracterizam as síndromes clínicas encontradas em mulheres agredidas. As mulheres que são vítimas de violência conjugal exprimem sentimentos de solidão, tristeza crônica, desamparo, irritação e descrença (HEISE, 1994; GIFFIN, 1994; KRUG, 2003; OMS, 2004).

A associação entre a experiência da violência e o desenvolvimento de agravos, de ordem física e mental, acarretam a diminuição de “anos saudáveis de vida” das mulheres (SCHRAIBER & d’OLIVEIRA, 1999). Pelo caráter de cronicidade, a agressão à mulher vai além dos traumas e dos agravos visíveis, produzindo um estado de estresse crônico e está associada ao sem número de problemas e sofrimentos físicos e mentais anteriormente descritos (GIFFIN, 1994; FRANCO, 2000; SAGOT, 2000; OMS, 2004). A atribuição da responsabilidade pela agressão ao alcoolismo (AMARAL et al, 2001) ou à presença de doença mental do companheiro, assim como a culpabilização da mulher são explicações parciais e vinculadas ao modelo de risco, em detrimento do modelo relacional, que percebe a violência como resultado de jogos de poder.

A Conferência Nacional de Saúde (1997)¹⁰ considera o trabalho remunerado uma das formas mais eficientes de diminuir a violência doméstica, uma vez que as principais vítimas são mulheres que só trabalham em casa. Não se pode deixar, porém, de assinalar que grande número de mulheres abusadas são independentes economicamente e, muitas vezes, provedoras da família e de maridos desempregados. Giffin (2002) aponta o quanto o esfacelamento do trabalho e a feminização da pobreza vulnerabilizou ainda mais o contingente feminino nos países de Terceiro Mundo.

Em relação às características das mulheres que sofrem violências por parte de seus companheiros, a OMS classificou quatro grupos de fatores associados ao risco de um homem maltratar sua mulher: *individuais* – idade jovem, alcoolismo, depressão, baixa renda e história familiar de violência; *fatores da relação* – conflito e instabilidade matrimonial, domínio masculino na família; *comunitários* – pobreza e pouco capital social; *sociais* –

10 BRASIL. 10ª Conferência Nacional de Saúde. 1997. A violência doméstica é também uma questão de saúde pública. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/violencia_contra_mulher> Acesso em: ago. 2001.

normas tradicionais de gênero e de apoio à violência. Esses estudos identificam os grupos de baixa renda como os mais vulneráveis, podendo-se incluir as mulheres pobres e negras como as mais afetadas pelas violências, incluindo a de gênero, já que atualmente têm sido relatadas maiores prevalências neste grupo. Assim, a violência de gênero atinge mulheres de todas as raças, mas há um agravamento quando a mulher é negra, pelo racismo que gera outras violências adicionais. Assim, é provável que a pobreza atue como um marcador de diversas condições sociais que aumentam a vulnerabilidade dessas mulheres (BLACK et al, 1999¹¹; KRUG, 2003; BRASIL, 2003).

Tendo em vista as características do fenômeno “violência intrafamiliar”, sua presença e magnitude nos diversos grupos sociais e sua particular invisibilidade, são necessárias ações e medidas para prevenir e enfrentar as situações de violência vividas pelas mulheres nas comunidades. Essas ações devem ser priorizadas e implementadas por parte do poder público, com a participação da sociedade civil, especialmente dos movimentos sociais organizados. No Brasil, o movimento de mulheres iniciou parcerias com o Estado para a implementação de políticas no combate à violência contra a mulher a partir dos anos 1980. Dentre as experiências adotadas pelo setor público, as mais conhecidas são as Delegacias de Defesa da Mulher e os Centros de Referência em Saúde da Mulher. Por sua vez, a sociedade tem-se mobilizado, principalmente por meio da atuação de organizações não-governamentais (ONGs), destacando-se o papel pioneiro de entidades lideradas por grupos feministas (SCHRAIBER e d’OLIVEIRA, 1999).

A rota crítica das mulheres em situação de violência

Dentre as iniciativas realizadas para compreender o fenômeno violência intrafamiliar e de gênero - os mecanismos que levam as mulheres a romper com a situação de violência e os empecilhos que obstaculizam este trajeto -, destacamos a proposta desenvolvida pela OPAS e denominada de Rota Crítica¹² (SAGOT, 2004). A Rota Crítica permitiu esclarecer o trajeto que as

11 BLACK DA, SCHUMACHER JA, SMITH SAM, HEYMAN RE. 1999. Review of partner physical aggression risk factors. Disponível em: <http://www.nnh.org/risk/chap2_RiskFactorsforMale.html> Acesso em: jul. 2005.

12 O estudo *A Rota Crítica de Mulheres Afetadas pela Violência Intrafamiliar na América Latina* foi desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde em 16 comunidades urbanas e rurais de dez países da América Central e do Sul – Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá – e 3 países andinos, Peru, Bolívia e Equador, entre 1996 e 1998, com base em um protocolo elaborado em conjunto por pesquisadores, ativistas e funcionários de instituições dos países participantes, visando a contribuir na prevenção, combate e erradicação da violência contra as mulheres (SAGOT, 2000).

mulheres percorrem para sair da situação de violência, a qual começa com a sua decisão e a sua determinação de apropriar-se de suas vidas e a de seus filhos. A Rota permitiu conhecer os fatores que as impulsionaram para buscar ajuda, as dificuldades encontradas para levar adiante esta decisão, as percepções sobre as respostas institucionais, os significados da violência na família, a possibilidade de respostas institucionais a estes problemas, assim como as frustrações e os obstáculos que ajudam a perpetuar as violências.

Nesse estudo, a maioria das mulheres buscou auxílio, mas muitas desconheciam seus direitos, e os serviços existentes que poderiam ajudá-las a enfrentar a situação de violência. Entretanto, muitos serviços e instituições perpetuavam a “revitimização” por não possuírem organização, procedimentos e normas de atendimento adequados, contribuindo, muitas vezes, com indiferença, culpabilização, exigências, zombaria e questionamentos, expressando uma relação de poder autoritária e abusiva com as mulheres maltratadas. Os maiores êxitos aconteceram nas instituições públicas e privadas dedicadas ao apoio às mulheres e à defesa de seus direitos. Nestas, elas tiveram apoio emocional, preocupação, interesse, informação e acompanhamento, medidas fundamentais que contribuíram, fortalecendo-as e ajudando-as, no processo de superação da violência. Na verdade, não existe uma “rota ótima”, um caminho ideal e fechado a ser seguido; trata-se de um processo de empoderamento das mulheres e da reapropriação de suas vidas, em que as instituições devem funcionar como instrumentos de apoio, facilitação e garantia de seus direitos (SAGOT, 2000).

Atualmente, apesar da existência de serviços públicos e de ONGs voltados para a atenção às mulheres em situação de violência, observa-se que muitas delas que decidiram ou buscaram efetivamente romper com situações de violência, não encontraram o devido amparo e alternativas para superar o problema, enfrentando uma trajetória marcada por dificuldades, desestímulo, inexistência ou falta de acesso às instituições e serviços (SAGOT, 2000; RAMÃO, MENEGHEL & OLIVEIRA, 2005).

A pesquisa efetivada pela OPAS em 10 países da América Central e do Sul não incluiu o Brasil. Desse modo, cabe indagar sobre a trajetória das mulheres brasileiras em situação de violência intrafamiliar, seu percurso na busca de ajuda para a superação desta situação nas suas comunidades e os fatores que influem nesse processo, e também quais as respostas que o poder público e as instituições governamentais e não-governamentais têm oferecido a elas. O caminho percorrido pelas mulheres no Brasil ainda não foi devidamente estudado, porém a denominada “rota crítica”, em que pese peculiaridades regionais, possivelmente apresenta as mesmas características de precariedade detectadas por estudos feitos em outras partes da Améri-

ca Latina. Estas constatações reforçam a importância de realizar estudos que permitam entender a Rota Crítica vivida por mulheres brasileiras.

O enfrentamento às violências

No Brasil, as diretrizes fundamentais das políticas públicas relacionadas à questão de gênero incluem o acesso ao poder político, por meio da estratégia do empoderamento e da abertura de espaços de decisão para as mulheres; garantia de acesso à educação e à saúde; criação de programas que atendam mulheres em situação de violência doméstica e sexual com o desenvolvimento de medidas preventivas efetivas.

Em relação às políticas públicas, a maior parte das iniciativas analisadas mostra convergências com a agenda de gênero e as prioridades definidas pelos movimentos de mulheres e por movimentos feministas nas últimas décadas. No entanto, na conformação das políticas públicas de combate à violência de gênero, identifica-se uma tensão entre duas vertentes, representadas pelo movimento das mulheres e pelo movimento feminista. A primeira vertente percebe a mulher em sua função na família, devendo as políticas públicas “investirem” nas mulheres pelo efeito multiplicador que tal ação pode ter sobre a família e sobre a sociedade. Os programas da área de saúde, com foco no segmento materno-infantil, aproximam-se em geral dessa perspectiva. A segunda vertente tem por base a perspectiva de direitos, em que se busca garantir a ampliação do espaço da cidadania, pela extensão de direitos a novos segmentos da população e pela inclusão desses novos segmentos na esfera do atendimento estatal. Incluem-se, neste ideário, as iniciativas da área de saúde que adotam a perspectiva de atenção integral e os programas de combate à violência (FARAH, 2004).

Recentemente, os estudos sobre a violência têm se preocupado não apenas com o entendimento de seus determinantes, mas também com as estratégias voltadas para seu enfrentamento. Mesmo assim, são minimizadas as ações desenvolvidas por grupos informais, nascidos das experiências das pessoas no seu cotidiano. Nunes (2005) realizou uma pesquisa, privilegiando as ações de cunho artístico-cultural ou idiomas culturais, entendidos como recursos e mecanismos que a cultura cria de modo a permitir a articulação de experiências individuais e coletivas. Essas ações podem estar inscritas em rituais críticos das práticas sociais, em modos particulares de uso e simbolização do corpo e na produção de significantes culturais questionadores da ordem de poderes e valores pré-estabelecidos.

Ainda no âmbito das estratégias de enfrentamento às violências, pode-se salientar o conceito de empoderamento¹³ que surgiu como uma estratégia do movimento feminista, com o objetivo de imprimir transformações nas vidas das mulheres e gerar um processo de mudanças nas estruturas sociais. O empoderamento significa um desafio para as relações de poder existentes, buscando maior controle sobre as fontes de poder. É um processo que pode ajudar na superação da desigualdade de gênero, objetivando que as mulheres reconheçam a ideologia sexista e entendam que esta ideologia perpetua a discriminação, incorporando os conceitos de cidadania e a perspectiva dos direitos humanos (LEON, 2000; VASCONCELOS, 2000).

Um caminho para pensar empoderamento é o da produção de subjetividades, o qual inclui o espaço das narrativas como histórias da cultura e histórias pessoais. As narrativas fortalecem a identidade pessoal e coletiva e por meio delas pode ocorrer a ressignificação da doença, da dor e das violências.

As histórias são depoimentos de como as pessoas se apropriam dos acontecimentos de suas vidas. Assim todas as histórias podem ser consideradas verdadeiras (REMEN, 1998). Somos construídos pelas histórias que contamos, ou seja,

somos o produto de narrarmos histórias uns aos outros e a nós mesmos acerca de nós, e as que outros narram para nós e sobre nós. A cambiante rede de narrativas é produto de intercâmbios e práticas sociais do diálogo e da conversação. Somos co-autores das identidades que construímos narrativamente. Somos sempre tantos selves, tantos si mesmos potenciais quanto àqueles contidos na conversação dos narradores criativos (GOOLISHIAN & ANDERSON, 1996).

As narrativas têm sido amplamente utilizadas na construção de relatos autobiográficos por pessoas que tiveram as linhas argumentativas de suas vidas rompidas por traumas de guerra, abusos sexuais ou doenças graves e que puderam reconstituir suas vidas por meio de narrações (GARAY, IÑIGUEZ & MARTINEZ, 2002¹⁴; CABRUJA, IÑIGUEZ & VASQUEZ, 2000¹⁵).

Para Mairesse (2003), o contar é uma arte do fazer, do produzir e do transformar a realidade. Desse modo, a dupla contar/escutar tece uma nova rede, entrelaçando pedacinhos de tempo perdidos a uma cadeia temporal estabelecida. O contar

13 Conceito que foi utilizado pela primeira vez na conferência do Cairo, trazido por feministas norte-americanas e que foi incorporado ao texto final da conferência.

14 GARAY A, IÑIGUEZ L, MARTINEZ L. 2002. *La perspectiva discursiva en psicología social*. Disponível em: <www.antalya.uab.es/liniguez/investigacion/PubGescit.htm> Acesso em: maio 2005.

15 CABRUJA T, IÑIGUEZ L, VASQUEZ F. 2000. Como construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. *Anàlisi. Quaderns de comunicació i cultura*. 25:61-94. Disponível em: <www.bib.uab.es/pub/analisi/02112175n25p61.pdf> Acesso em: abr. 2005.

uma história pode remeter o sujeito que fala à busca de um sentido, de uma compreensão, podendo ocupar um lugar de criação, como um dispositivo acontecimental.

Kastrup (2004, p. 143) nos diz que as estratégias de resistência pressupõem uma discussão sobre a ética e a política da invenção. A resistência é criação de um outro ponto de vista, de uma outra política, de uma maneira de conhecer e de viver que prepara e é condição para a criação de novos mundos, a serem forjados caso a caso, por meio de estratégias concretas de ação. “A resistência é vontade de outra coisa, bifurcação em relação às formas atuais de mundo e das subjetividades. Neste sentido, o conceito de competência ética se apresenta como um conceito de resistência”. Trabalhando com rodas de histórias, a autora descobre que a arte é

um disparador de experiências de virtualidade do si-mesmo (...), uma maneira de ver e de pensar que se apresenta como uma disposição de abertura e acolhimento da diferença. Ela orienta ações de invenção que ultrapassam um mundo pessoal, configurando um mundo em que as diferenças são incluídas, coexistentes e compartilhadas.

As estratégias de resistência que as pessoas inventam no cotidiano para enfrentar as adversidades, incluindo as violências, estão entranhadas nos modos de andar a vida dos grupos, nas práticas mais corriqueiras e comuns. Certeau (1994, p. 47) ao eleger o cotidiano como campo de estudos, mostra que o dia-a-dia se “acha semeado de maravilhas”, precisamos nos alfabetizar para entendê-las. O autor chama a atenção para

a inventividade do mais fraco, o sem eira nem beira, no embate com o poder do mais forte, onde se fazem valer as estratégias de resistência, a ordem ao mesmo tempo exercida e burlada, os minúsculos espaços do jogo, as táticas brincalhonas, fujonas, as artes de dar golpes, astúcias de caçadores, achados que provocam euforia, tanto poéticos quanto bélicos.

As mulheres têm denominado de “visão dual” a estas táticas de resistência, capacidade que os oprimidos têm aprendido e que lhes possibilita utilizar, ao mesmo tempo, o ponto de vista do dominante e do dominado.

As estratégias de resistência permitem ver a vida como um texto em permanente escrita, campo de tensões onde milhões de criaturas ordinárias – os anti-heróis – levam a cabo seu arsenal de astúcias que denotam sua capacidade inventiva, sempre a se insinuar nas dobras dos poderes (FONSECA, 2003:255).

Ao buscar construir estratégias de enfrentamento às violências em coletivos de mulheres, acreditamos contribuir para inventar outros modos de viver a vida. Além disso, a arte de contar histórias pode ser usada como ferramenta em saúde coletiva.

Referências bibliográficas

- AMARAL C, LETELIER C, GÓIS I, AQUINO S. *Dores Visíveis: violência em delegacias da mulher no Nordeste*. Fortaleza: Edições EDOR/NEGIF/UFC, 2001.
- BLACK DA, SCHUMACHER JA, SMITH SAM, HEYMAN RE. 1999. Review of partner physical aggression risk factors. Disponível em: <http://www.nnh.org/risk/chap2_RiskFactorsforMale.html> Acesso em: jul 2005.
- BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. *Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. 10ª Conferência Nacional de Saúde. 1997. *A violência doméstica é também uma questão de saúde pública*. Disponível em: Acesso em: ago. 2001.
- CABRUJA T, IÑIGUEZ L, VASQUEZ F. 2000. Como construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. *Anàlisi. Quaderns de comunicació i cultura*. 25:61-94 <www.bib.uab.es/pub/anàlisi/02112175n25p61.pdf> Acesso em: abr. 2005.
- CERTEAU M. *A Invenção do Cotidiano*. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- FARAH MFS. Gênero e políticas públicas. *Revista Estudos Feministas*, 12(1):47-71, 2004.
- FONSECA TMG. 2003. A cidade subjetiva. In: _____. (org.) *Cartografias e devires – a construção do presente*. Porto Alegre: UFRGS:253-8.
- FRANCO IR. Mulheres em situação de violência doméstica: Produção e enfrentamento do fenômeno. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, 2000, Salvador. *Anais*. CD-ROM, Salvador: Associação Brasileira de Saúde Coletiva/ABRASCO. 2000
- GARAY A, IÑIGUEZ L, MARTINEZ L. 2002. La perspectiva discursiva en psicología social. Disponível em: <www.antalaya.uab.es/liniguez/investigacion/PubGescit.htm> Acesso em: maio 2005.
- GIFFIN K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, supl. 1, 2002.
- GIFFIN K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:146-155, 1994.
- GOMES R. A violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. *Cadernos de Saúde Pública*;10:156-67, 1994.
- GOOLISHIAN HA & ANDERSON H. Narrativa e self: dilemas pós-modernos da psicoterapia. In: SCHNITMAN DF (org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.191-203
- HARTIGAN P. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. *Revista Panam. Salud*, 2(4):290-94, 1997.
- HEISE L. Violência e gênero: uma epidemia global. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supl. 1):135-46, 1994.

- HYMAN I, GARUGE S, STEWART D, AHMAD F. Primary prevention of violence against women. *Women Health Issues* 10(6): 288-293, 2000.
- JORNAL REDESAÚDE. Protocolo: considerações para atendimento à mulher em situação de violência. *Jornal da Redesaúde*. (19):10-16, 1999.
- KASTRUP V. Competência ética e estratégias de resistência. In: GUARECCHI N (org.). *Estratégias de invenção do presente – a Psicologia Social no contemporâneo*. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 12, p. 129-140, 2003.
- KRONBAUER F & MENEGHEL SN. Profile of gender violence by intimate partner. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, 39(5):695-701, 2005.
- KRUG E, DAHLBERG L, MERCY J; et al. *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. OPAS/OMS:Washington, 2003.
- LEON M. Empoderamiento: relaciones de las mujeres com el poder. *Revista Estudos Feministas*, 8: 191-205, 2000.
- MAIRESSE D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA TMG (org.) *Cartografias e devires – a construção do presente*. Porto Alegre: UFRGS:259-273, 2003.
- MENEGHEL S, BARBIANI R, STEFFEN H, WUNDER AP, ROSA MD, ROTERMUND J, et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (4):109-18, 2003.
- MENEGHEL SN, CAMARGO M, FASOLO, L. Mulheres cuidando de mulheres – um estudo da Casa de Apoio Maria Mulher. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3);:747-757, 2000.
- NUNES M. Idiomas culturais como estratégias populares para enfrentar a violência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(2):409-418, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Gender in mental health research*. Department of Gender, Women and Health, Family and Community Health. 2004.
- PALTIEL F. La salud mental de la mujer de las Americas. In: *Genero, mujer y salud en las Americas*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1993.
- RAMÃO SR, MENEGHEL SN & OLIVEIRA C. Nos caminhos de lansa - cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência. *Revista Psicologia e Sociedade*, 17(2):17-28, 2005.
- REICHENHEIN M, HASSEELMANN MH, MORAES CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente. *Ciência e Saúde Coletiva* 4(1):109-121, 1999.
- REMEM, RN. *Histórias que curam – conversas sábias ao pé do fogão*. São Paulo: Agora, 1998.
- SAFFIOTTI H. *Gênero e Patriarcado*. PUC-SP (mimeo), 1999.
- SAGOT, M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde): Washington, 2000.
- SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, FRANÇA-JUNIOR I, PINHO AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4):470-77, 2002.

SCHRAIBER, LB E D'OLIVEIRA, AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 3(5):11-26, 1999.

SCOTT J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, 16(2):5-22, 1990.

VASCONCELOS EM. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental. In: Amarante P (org.) *Ensaio – Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

**Artigos enviados ao IHU
em 22 de novembro de 2005.**

TEMAS DOS CADERNOS IHU IDÉIAS

- N. 01 *A teoria da justiça de John Rawls* – Dr. José Nedel.
- N. 02 *O feminismo ou os feminismos: Uma leitura das produções teóricas* – Dra. Edla Eggert.
O Serviço Social junto ao Fórum de Mulheres em São Leopoldo – MS Clair Ribeiro Ziebell e Acadêmicas Anemarie Kirsch Deutrich e Magali Beatriz Strauss.
- N. 03 *O programa Linha Direta: a sociedade segundo a TV Globo* – Jornalista Sonia Montaña.
- N. 04 *Errani M. Fiori – Uma Filosofia da Educação Popular* – Prof. Dr. Luiz Gilberto Kronbauer.
- N. 05 *O ruído de guerra e o silêncio de Deus* – Dr. Manfred Zeuch.
- N. 06 *BRASIL: Entre a Identidade Vazia e a Construção do Novo* – Prof. Dr. Renato Janine Ribeiro.
- N. 07 *Mundos televisivos e sentidos identitários na TV* – Profa. Dra. Suzana Kilpp.
- N. 08 *Simões Lopes Neto e a Invenção do Gaúcho* – Profa. Dra. Márcia Lopes Duarte.
- N. 09 *Oligopólios midiáticos: a televisão contemporânea e as barreiras à entrada* – Prof. Dr. Valério Cruz Brittos.
- N. 10 *Futebol, mídia e sociedade no Brasil: reflexões a partir de um jogo* – Prof. Dr. Édison Luis Gastaldo.
- N. 11 *Os 100 anos de Theodor Adorno e a Filosofia depois de Auschwitz* – Profa. Dra. Márcia Tiburi.
- N. 12 *A domesticação do exótico* – Profa. Dra. Paula Caleffi.
- N. 13 *Pomeranas parceiras no caminho da roça: um jeito de fazer Igreja, Teologia e Educação Popular* – Profa. Dra. Edla Eggert.
- N. 14 *Júlio de Castilhos e Borges de Medeiros: a prática política no RS* – Prof. Dr. Gunter Axt.
- N. 15 *Medicina social: um instrumento para denúncia* – Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel.
- N. 16 *Mudanças de significado da tatuagem contemporânea* – Profa. Dra. Débora Kriskche Leitão.
- N. 17 *As sete mulheres e as negras sem rosto: ficção, história e trivialidade* – Prof. Dr. Mário Maestri.
- N. 18 *Um itinerário do pensamento de Edgar Morin* – Profa. Dra. Maria da Conceição de Almeida.
- N. 19 *Os donos do Poder, de Raymundo Faoro* – Profa. Dra. Helga Iracema Ladgraf Piccolo.
- N. 20 *Sobre técnica e humanismo* – Prof. Dr. Oswaldo Giacóia Junior.
- N. 21 *Construindo novos caminhos para a intervenção societária* – Profa. Dra. Lucilda Selli.
- N. 22 *Física Quântica: da sua pré-história à discussão sobre o seu conteúdo essencial* – Prof. Dr. Paulo Henrique Dionísio.
- N. 23 *Atualidade da filosofia moral de Kant, desde a perspectiva de sua crítica a um solipsismo prático* – Prof. Dr. Valério Rodhen.
- N. 24 *Imagens da exclusão no cinema nacional* – Profa. Dra. Miriam Rossini.

- N. 25 *A estética discursiva da tevê e a (des)configuração da informação* – Profa. Dra. Nísia Martins do Rosário.
- N. 26 *O discurso sobre o voluntariado na Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS* – MS. Rosa Maria Serra Bavaresco.
- N. 27 *O modo de objetivação jornalística* – Profa. Dra. Beatriz Alcaraz Marocco.
- N. 28 *A cidade afetada pela cultura digital* – Prof. Dr. Paulo Edison Belo Reyes.
- N. 29 *Prevalência de violência de gênero perpetrada por companheiro: Estudo em um serviço de atenção primária à saúde – Porto Alegre, RS* – Prof^o MS. José Fernando Dresch Kronbauer.
- N. 30 *Getúlio, romance ou biografia?* – Prof. Dr. Juremir Machado da Silva.
- N. 31 *A crise e o êxodo da sociedade salarial* – Prof. Dr. André Gorz.
- N. 32 *À meia luz: a emergência de uma Teologia Gay - Seus dilemas e possibilidades* – Prof. Dr. André Sidnei Musskopf.
- N. 33 *O vampirismo no mundo contemporâneo: algumas considerações* – Prof. MS Marcelo Pizarro Noronha.
- N. 34 *O mundo do trabalho em mutação: As reconfigurações e seus impactos* – Prof. Dr. Marco Aurélio Santana.
- N. 35 *Adam Smith: filósofo e economista* – Profa. Dra. Ana Maria Bianchi e Antonio Tiago Loureiro Araújo dos Santos.
- N. 36 *Igreja Universal do Reino de Deus no contexto do emergente mercado religioso brasileiro: uma análise antropológica* – Prof. Dr. Airton Luiz Jungblut.
- N. 37 *As concepções teórico-analíticas e as proposições de política econômica de Keynes* – Prof. Dr. Fernando Ferrari Filho.
- N. 38 *Rosa Egipcíaca: Uma Santa Africana no Brasil Colonial* – Prof. Dr. Luiz Mott.
- N. 39 *Malthus e Ricardo: duas visões de economia política e de capitalismo* – Prof. Dr. Gentil Corazza
- N. 40 *Corpo e Agenda na Revista Feminina* – MS Adriana Braga
- N. 41 *A (anti)filosofia de Karl Marx* – Profa. Dra. Leda Maria Paulani
- N. 42 *Veblen e o Comportamento Humano: uma avaliação após um século de “A Teoria da Classe Ociosa”* – Prof. Dr. Leonardo Monteiro Monasterio
- N. 43 *Futebol, Mídia e Sociabilidade. Uma experiência etnográfica* – Édison Luis Gastaldo, Rodrigo Marques Leistner, Ronei Teodoro da Silva & Samuel McGinity
- N. 44 *Genealogia da religião. Ensaio de leitura sistêmica de Marcel Gauchet. Aplicação à situação atual do mundo* – Prof. Dr. Gérard Donnadieu
- N. 45 *A realidade quântica como base da visão de Teilhard de Chardin e uma nova concepção da evolução biológica* – Prof. Dr. Lothar Schäfer
- N. 46 *“Esta terra tem dono”. Disputas de representação sobre o passado missioneiro no Rio Grande do Sul: a figura de Sepé Tiaraju* – Profa. Dra. Ceres Karam Brum
- N. 47 *O desenvolvimento econômico na visão de Joseph Schumpeter* – Prof. Dr. Achyles Barcelos da Costa
- N. 48 *Religião e elo social. O caso do cristianismo* – Prof. Dr. Gérard Donnadieu.
- N. 49 *Copérnico e Kepler: como a terra saiu do centro do universo* – Prof. Dr. Geraldo Monteiro Sigaud
- N. 50 *Modernidade e pós-modernidade – luzes e sombras* – Prof. Dr. Evilázio Teixeira

Cadernos IHU Idéias: Apresenta artigos produzidos pelos convidados-palestrantes dos eventos promovidos pelo IHU. A diversidade dos temas, abrangendo as mais diferentes áreas do conhecimento, é um dado a ser destacado nesta publicação, além de seu caráter científico e de agradável leitura.



Éilda Azevedo Hennington (1962) é natural de Rio de Janeiro/RJ. É professora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, membro da Cátedra Unesco-Unisinos "Trabalho e Sociedade Solidária", membro do Comitê de Ética em Pesquisa e membro do Comitê Técnico-Científico do VIII COMSAÚDE da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) desde 2002. É graduada em Medicina (1986) e especialista em Residência Médica (1989) pela Universidade Federal Fluminense (UFF). É também especialista em Homeopatia (1988) pelo Instituto de Pós Graduação Médica Carlos Chagas (IPGCC). Especializou-se em Medicina do Trabalho (1993) e concluiu o mestrado (1996) e o doutorado em Saúde Coletiva (2002) na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Sua tese de doutorado intitula-se *Saúde e trabalho: mortalidade e violência no município de Campinas, SP*.

Algumas publicações da autora

GARIBOTTI, Vanda; HENNINGTON, Éilda Azevedo; SELLI, Lucilda. A contribuição de trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1043-51, 2006.

HENNINGTON, Éilda Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 109-18, 2005.

RAFFONE, Adriana Maissouave; HENNINGTON, Éilda Azevedo. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 669-76, 2005.

HENNINGTON, Éilda Azevedo; CORDEIRO, Ricardo; MOREIRA FILHO, Djalma de Carvalho. Trabalho, violência e morte em Campinas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 109-18, 2004.

NUNES, Everardo Duarte; HENNINGTON, Éilda Azevedo; BARROS, Nelson Felice de; MONTAGNER, Miguel. O ensino das Ciências Sociais nas escolas médicas: revisão de experiências. *Ciência & Saúde Coletiva*, www.scielo.br, v. 8, n. 1, p. 209-55, 2003.



Stela Nazareth Meneghel (1954) é natural de Passo Fundo/RS. É professora e pesquisadora na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), desde 2000. É graduada em Medicina (1977) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É especialista em Saúde Pública (1978) pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), em Terapia Familiar (1996) pelo Centro de Estudos Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência (CEAPIA) e em Residência Médica (1978) pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (SSMA). Concluiu o mestrado (1989) e o doutorado (1996) em Medicina (Clínica Médica) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Sua tese de doutorado intitula-se *Famílias em pedaços – um estudo sobre violência doméstica e agressividade na adolescência*. Em 2006, concluiu o pós-doutorado na Universidade Autônoma de Barcelona, UAB, Espanha.

Algumas publicações da autora

KRONBAUER F & MENEGHEL SN. Profile of gender violence in Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública*, USP, 2005.

MENEGHEL SN; BARBIANI R e cols. Cotidiano ritualizado – oficinas de mulheres em situação de violência de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005.

RAMÃO SR; MENEGHEL SN & OLIVEIRA C. Nos caminhos de lansá – cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. *Psicologia e Sociedade*, 2005.

MENEGHEL SN; VICORA CG e cols. Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, USP, 2004.

MENEGHEL SN (org.) *Cadernos de Exercícios em Epidemiologia*. Canoas: ULBRA, 2002.