

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

GERALDINE MONTEIRO RUFFATO

**“ONDE TODOS OS HOMENS SÃO TRANSFORMADOS EM ZÉ E TODAS AS
MULHERES EM MARIA”: AS INTERFACES ENTRE VIOLÊNCIA ESTRUTURAL
E SAÚDE NO BRASIL**

CAXIAS DO SUL

2020

GERALDINE MONTEIRO RUFFATO

“ONDE TODOS OS HOMENS SÃO TRANSFORMADOS EM ZÉ E TODAS AS MULHERES EM MARIA”: AS INTERFACES ENTRE VIOLÊNCIA ESTRUTURAL E SAÚDE NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, do Curso de Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Paim Camardelo

CAXIAS DO SUL

2020

Todos nós brasileiros somos carne da carne daqueles pretos e índios supliciados. Todos nós brasileiros somos, por igual, a mão possessa que os supliciou. A doçura mais terna e a crueldade mais atroz aqui se conjugaram para fazer de nós a gente sofrida que somos e a gente insensível e brutal, que também somos. Descendentes de escravos e de senhores de escravos seremos sempre servos da malignidade destilada e instalada em nós, tanto pelo sentimento da dor intencionalmente produzida para doer mais, quanto pelo exercício da brutalidade sobre homens, sobre mulheres, sobre crianças convertidas em pasto de nossa fúria. A mais terrível de nossas heranças é esta de levar sempre conosco a cicatriz de torturador impressa na alma e pronta a explodir na brutalidade racista e classista. Ela é que incandesce, ainda hoje, em tanta autoridade brasileira predisposta a torturar, seviciar e machucar os pobres que lhes caem às mãos. Ela, porém, provocando crescente indignação nos dará forças, amanhã, para conter os possessos e criar aqui uma sociedade solidária.

Darcy Ribeiro

AGRADECIMENTOS

Foi uma intensa aventura até chegar aqui, que contou com participações extremamente especiais. Tive a felicidade de dividir a minha caminhada com pessoas que têm um sonho em comum comigo: o sonho de uma sociedade justa, igualitária, alegre e solidária. Quando olho para quem está ao meu lado, tenho esperança e a certeza da vitória no horizonte.

Dedico a minha caminhada, e esse sonho, aos meus pais, amores da minha vida: Katani e Marvô. Vocês representam muito do que eu sou hoje. Agradeço por terem me ensinado a olhar para além das paredes da nossa casa. Obrigada por terem me apresentado as músicas mais lindas que já ouvi e por serem tão presentes na minha vida. À minha mãe que é a minha alma gêmea, a minha referência de mulher independente, inteligente e curiosa pelo mundo. A minha inspiração, e a minha maior incentivadora. Saiba que sou a tua maior fã. Você é vital. Ao meu pai, que quem me conhece sabe que é o meu grude. Um homem solidário, simpático e honesto. Uma figura que todos os dias me ensina algo novo. Aprendi a ser uma pessoa melhor por sua causa, aprendi a fazer as coisas com o coração. Não te desgrudo por nada nessa vida. Mãe e Pai, obrigada por sempre me permitirem ser quem sou de verdade e por acreditarem em mim até quando nem eu mesma acreditei. “Sou porque tu és”.

Agradeço ao meu irmão Erich, que é a minha metade. Não sou sem você. Obrigada pela paciência que é exigida aos irmãos mais velhos. Obrigada por dividir a vida comigo, pela pessoa incrível e parceira que és. Torço pela tua felicidade todos os dias da minha vida. Agradeço à toda a minha família, e destaco tantas mulheres independentes e fortes que a compõem. Agradeço em especial meus avós Dionysio e Beatriz; e Renato (*in memoriam*) e Adélia (*in memoriam*), que deixam muitas saudades.

Agradeço ao meu namorado, meu companheiro, com quem divido outros tantos sonhos, Eduardo. Agradeço por tanto amor e carinho sem medidas. Você acompanhou tantas mudanças na minha vida e sempre me incentivou a buscar o que realmente me fazia feliz. Aprendi contigo a não deixar passar uma oportunidade de fazer o que se gosta. Agradeço a sorte deste amor tranquilo.

Agradeço aos meus amigos, que são o meu refúgio. Vocês também são família. A família que escolhi para amar, para dividir a vida, para compartilhar alegrias e angústias. A vida faz mais sentido ao lado de vocês. Agradeço em especial as minhas amigas-irmãs Marina, Ingrid, Amanda, Júlia, Aline, Carina, Laís e Carol e meus amigos-irmãos Braian e Cláudio. Obrigada por serem meu aconchego, meu lar, por serem simplesmente quem são. Tenho muito orgulho de cada um de vocês.

Agradeço aos colegas do Serviço Social, que fizeram toda a diferença na minha formação. Conheci pessoas e histórias de vida incríveis. Compartilhamos tanto juntas e juntos, aprendemos e amadurecemos. Agradeço em especial a minha amiga Isadora, com quem compartilhei, provavelmente, todas as angústias e todas as alegrias da graduação e da vida. Agradeço em especial também as minhas colegas de Estágio, e de formatura! Tatiana, Neide, Joice, Milena e Gabriela. Foram muitos choros compartilhados, mas também muitas alegrias!

Agradeço a todo o corpo docente do Curso de Serviço Social da UCS. Agradeço, em especial, a minha orientadora deste trabalho, professora Ana. Profa., sou imensamente grata por poder ter tido a oportunidade de compartilhar esse momento tão especial da minha vida com você. Uma mulher tão sensível, atenciosa, acolhedora e forte! Obrigada por compartilhar o teu conhecimento comigo, e obrigada por acreditar em mim. Jamais esquecerei de você. Agradeço também à professora Margareth, supervisora acadêmica de Estágio I e II. Marga, não tenhas dúvida da diferença que fizestes na minha formação. Você fez com que o processo de Estágio, um momento muito importante da graduação, fosse realmente especial. Admiro a sua história. Aprendi a amar ainda mais a Saúde e a profissão por sua causa, pois todos os dias via seu olho brilhar, esse mesmo agradecimento se estende também à professora Elizabete, que também sempre me ensinou com brilho nos olhos. Agradeço por terem me ensinado sobre essa Saúde que tanto falo neste trabalho.

Agradeço as minhas supervisoras de Estágio, as assistentes sociais Daiana e Heloísa, ambas mulheres fortes que me acolheram e me ensinaram tanto. Admiro vocês imensamente e quero que saibam que vocês fizeram eu ter a certeza da minha escolha pelo Serviço Social!

Ao Curso de Serviço Social da UCS: muito obrigada. Foram tantas vivências, tantas oportunidades e tantos aprendizados. Me encontrei desde o primeiro dia de aula, descobri outras faces da Geraldine e tive certeza do que eu acredito e defendo. Agradeço aos meus colegas que dividi duas gestões do Diretório Acadêmico de Serviço Social, um espaço tão importante de formação e de resistência. Agradeço a todos que fazem esse Curso acontecer. Um Curso que resiste e não se cala!

Agradeço a todas as pessoas que cruzaram o meu caminho no Estágio não-obrigatório, no CRAS. A cada usuário que conheci. Tive um encontro verdadeiro com cada um. Todos os dias voltei para a minha casa diferente, com a certeza de que precisamos continuar atentos e fortes.

Agradeço, por fim, a todo mundo que não foge da raia e constrói a manhã desejada:

“Eu acredito é na rapaziada”

RESUMO

A presente monografia tem como temática Violência Estrutural e Saúde, a qual se delimitou como problema de pesquisa: em que medida a violência estrutural interfere na saúde da população, a partir do conceito ampliado do processo saúde-doença? A partir disso, teve-se como questões norteadoras: (i) Como a violência, nas suas múltiplas expressões, pode ser conceituada e analisada sob a perspectiva crítica-dialética?; (ii) Como caracteriza-se a violência estrutural na sociedade capitalista?; (iii) O que implica o conceito ampliado do processo saúde-doença?; (iv) Como a violência passou a ser incluída na agenda pública do setor saúde?; Quais os fatores que caracterizam a violência como um agravo à saúde? e; (v) Como a violência estrutural, expressada fundamentalmente pela desigualdade social, interfere na saúde da população?. Definiu-se, portanto, como objetivo geral, sistematizar conhecimentos a respeito da presentificação da violência na sociedade, enfatizando a matriz estrutural da violência como um agravo à saúde, a partir do conceito ampliado do processo saúde-doença. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso, cujo método para o desenvolvimento foi amparado pelo crítico dialético, pautado na teoria marxista, usando dos seguintes instrumentos metodológicos: pesquisa bibliográfica e documental. Na pesquisa documental foram utilizados principalmente o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Declaração Alma-Ata e a Carta de Ottawa. Como principais resultados, destaca-se a presentificação da violência a partir do seu caráter multicausal e multidimensional na sociedade. O destaque principal é para a caracterização da violência estrutural na sociedade capitalista, expressada fundamental pela intensa desigualdade social, produto do antagonismo entre classes, que assola indivíduos e grupos específicos no Brasil. Por sua vez, constata-se que os indivíduos e grupos que vivem sob tais condições têm seu direito e potencial à Saúde violados, a partir da determinação social do processo saúde-doença, que entende saúde para além da doença e, fundamentalmente determinada pela forma como a sociedade encontra-se organizada.

Palavras-chave: Violência estrutural. Determinação Social. Saúde. Desigualdade Social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo sobre a inclusão da violência na agenda da saúde.....68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 VIOLÊNCIA E QUESTÃO SOCIAL: UM BREVE RESGATE DOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO FENÔMENO DA SOCIEDADE	17
2.1 CARTOGRAFIA DA VIOLÊNCIA: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA-CONCEITUAL AO FENÔMENO	22
2.2 VIOLÊNCIA, A VELHA PARTEIRA: A PRESENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA ESTRUTURAL NA SOCIEDADE CAPITALISTA.....	34
2.2.1 A caracterização da violência estrutural no Brasil quantificada na desigualdade social a partir dos marcadores sociais de <i>gênero, raça-etnia e classe</i>	44
3 SAÚDE É DEMOCRACIA: A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE- DOENÇA E AS INTERFACES COM A VIOLÊNCIA	53
3.1 “ONDE A VIOLÊNCIA PERSISTE, A SAÚDE É SERIAMENTE COMPROMETIDA”: A VIOLÊNCIA COMO UM AGRAVO EM SAÚDE	67
3.2 AS INTERFACES ENTRE VIOLÊNCIA ESTRUTURAL E SAÚDE:.....	79
3.2.1 A caracterização da violência estrutural como determinante do processo saúde-doença presentificada nos marcadores sociais de <i>gênero, raça-etnia e classe</i>	94
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	106

1 INTRODUÇÃO

Iniciamos apresentando o título do trabalho, que leva o nome de “*Onde todos os homens são transformados em Zé e todas as mulheres em Maria*”: *as interfaces entre violência estrutural e saúde no Brasil*. Tal frase tem como referência o eloquente discurso de Sérgio Arouca durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. Discurso que exploramos durante este trabalho, pela sensibilidade e representação direcionada ao povo brasileiro durante a CNS. Sérgio Arouca não poupou esforços em evidenciar que a vida miserável de milhares de brasileiros é uma questão também para a saúde. Também não poupou esforços em mobilizar a sociedade civil a participar da construção de uma sociedade mais justa e igualitária, onde todos os indivíduos “*não sejam tratados com tamanha indignidade humana, onde todos os homens são transformados em Zé e todas as mulheres em Maria*”. Aqui, respeitamos e honramos quem veio antes de nós, e queremos continuar a construir essa sociedade. Queremos falar de sujeitos que possuem nome, sobrenome e história de vida. Sujeitos que devem ser protagonistas das suas próprias histórias. Que devem viver em liberdade, e liberdade é não ter medo. Parafraseando Sérgio Arouca, viver com o medo constante da violência, é mais uma violência e é por isso, que trataremos dessa questão neste trabalho.

Enfrentamos, atualmente a intensificação das práticas violentas no seio da sociedade capitalista. Por consequência, as expressões da violência estrutural ganham destaque na medida em que o capitalismo avança e as políticas neoliberais ganham força para perpetuar-se em todos os âmbitos da vida em sociedade. Com essas, vemos novas formas de exploração a partir do trabalho, bem como aumento expressivo do desemprego e da informalidade; a intensificação da pobreza e da miséria; a precarização dos serviços públicos essenciais; a ameaça constante aos direitos sociais fundamentais, inclusive dificultando o acesso da população a estes; o aumento das taxas de criminalidade e, a banalização das práticas violentas, principalmente relacionadas às minorias oprimidas (mulheres, LGBTQI+, étnico-racial, migrantes, etc.). Todas essas expressões revelam o agravamento da desigualdade social no Brasil. Diante desse cenário, torna-se imprescindível que resgatemos reflexões a respeito da violência estrutural como prática e produto inerente ao modo de produção capitalista. Tais práticas interferem significativamente no cotidiano dos sujeitos, e, por isso, nos interessa tanto exteriorizar como se dá essa relação.

A respeito da importância de sistematizar os conhecimentos, a partir da pesquisa científica, Rocha (2009) afirma:

[...] assim como “não basta abrir a janela para ver os campos e o rio”, também não basta observar fatos para compreender a realidade, pois esta não se dá a conhecer, mas, tal qual a Esfinge, desafia – “Decifra-me ou te devoro”. Para não sermos todos “devorados” pela realidade, é preciso analisá-la e compreendê-la, é preciso decifrar seus enigmas, seus mistérios. E isto pode ser feito por meio de pesquisa científica.

Dessa forma, é nesse sentido que a importância desse estudo se justifica. Muito se fala hoje a respeito da violência, diversos autores, a partir de inúmeras perspectivas teórica-metodológicas e áreas do conhecimento abordam a respeito de tal fenômeno. Não obstante, a sociedade de fato tem solicitado respostas concretas à essa demanda que nos acompanha “desde que o mundo é mundo”. Todavia, aqui, queremos partir de uma concepção crítica do fenômeno. Que não nos permita sermos “devorados” pela realidade, mas sim, que nos leve para uma outra forma de compreender o fenômeno da violência, principalmente tendo em vista que este tem se presentificado de diversas maneiras. Primeiramente nos é fundamental compreender o fenômeno enquanto expressão da questão social, conhecê-lo na sua totalidade, as principais concepções e expressões. No segundo momento, a violência estrutural ganha destaque, por ser objeto constituinte do nosso problema de pesquisa, que, por sua vez, indaga “Em que medida a violência estrutural interfere na Saúde dos sujeitos, a partir do conceito ampliado do processo saúde-doença?” Logo, o Capítulo que segue a discussão, desdobra os conceitos de Saúde que se encontram em disputa e, a partir da determinação social do processo saúde-doença, buscamos compreender de que forma a violência estrutural têm impactado na saúde das pessoas.

Não obstante, a violência, nas suas múltiplas expressões, configura-se como uma demanda posta ao/à Assistente Social nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais. Ora, se falamos de desigualdade social como uma forma de violência estrutural, o/a Assistente Social é chamado a construir respostas para ela cotidianamente. Devido a sua multidimensionalidade, há desafios árduos para responder à essa demanda no cotidiano. Conforme Nogueira (2011): “[...] a ação profissional, ao responder às demandas específicas, institui a possibilidade de construção de referências a partir dos fundamentos que delimitam o conhecimento particular necessário para o êxito da intervenção” (p. 51). Além do mais, os/as Assistentes Sociais constituem-se como profissionais da Saúde, e o setor tem sido chamado para atender as demandas de violência. Mais do que nunca, há a necessidade de discutir a respeito da violência com os nossos pares, com as outras áreas do conhecimento e com a sociedade civil, incluindo os usuários das políticas públicas nas discussões.

Seguindo o objetivo geral do trabalho, que consistia em sistematizar reflexões a respeito da presentificação da violência na sociedade, enfatizando de que forma a matriz estrutural da violência interfere na saúde, a partir do conceito ampliado do processo saúde-doença. Nos

propusemos a conhecer como a Política Pública de Saúde tem enfrentado as demandas de violência, uma vez que seu conceito ampliado do processo de saúde-doença contempla a violência, nas suas múltiplas expressões, como um agravo à saúde da população. No que tange a violência estrutural, nos propusemos a identificar como esta se presentifica, tanto interferindo significativamente em nível de vida e potencial de saúde dos sujeitos, como violando o direito à saúde.

Foi a partir da experiência de Estágio Curricular Supervisionado em Serviço Social, realizado na Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul que, tais indagações foram levantadas a ponto de gerar a construção deste trabalho. Constatamos a partir dessa experiência, que existem lacunas, ainda, no que tange o entendimento do fenômeno da violência nas suas múltiplas expressões, nesse caso, no âmbito da Política Pública de Saúde. Da mesma forma, a especificidade do trabalho em Serviço Social também provocou reflexões, identificando a violência e as violações no direito à Saúde como uma demanda cotidiana para o/a Assistente Social. Destacamos que muitas das expressões de violência observadas durante o processo de Estágio, eram relacionadas com violações de direito ou não acesso aos direitos, oriundas de uma profunda desigualdade social. As indagações de como a violência estrutural afeta sujeitos específicos, a partir de sua classe, gênero, ou raça-etnia fora o principal questionamento.

Por isso, a orientação metodológica deste trabalho, é fundamentada no método crítico-dialético. O método em questão – de inspiração marxiana - foi adotado pelo Serviço Social, desde o Movimento de Reconceituação a partir da década de 1960, o que corroborou para construção do caráter crítico da profissão. A adoção do método permite uma interpretação crítica acerca dos processos histórico-sociais e da leitura da realidade social a partir do modo de produção de capitalista, bem como uma compreensão fiel da questão social em suas múltiplas expressões. Logo, a dialética materialista em Marx, que embasa a teoria social crítica, propõe apreender os processos da vida social em movimento, que supera visões estagnadas e do senso comum da realidade. Visto que o método não se encontra distante da realidade a ser pesquisada, este é composto por diversas categorias que permitem relacionar o método com o objeto de estudo. Ainda, a teoria fundada no método, procura explicar a estrutura e o funcionamento da sociedade capitalista e propor caminhos para a superação de suas deficiências. Para este trabalho destacamos quatro categorias fundamentais para a interpretação do tema escolhido: a totalidade, a historicidade, a contradição e a mediação.

A *totalidade* diz respeito ao todo, ou seja, cada objeto que o homem percebe ou cria faz parte de um todo. Segundo Konder (2000) “para encaminhar uma solução para os problemas, o ser humano precisa ter uma certa visão de conjunto deles: é a partir da visão do conjunto que

podemos avaliar a dimensão de cada elemento do seu quadro” (p. 37). Dessa forma, a categoria da totalidade relaciona-se tanto com o fenômeno da violência que será estudado como com o conceito ampliado do processo-saúde doença que será analisado. Vejamos, a violência, por ser um fenômeno complexo e multicausal, não se explica de modo simplista e genérico. Veremos ao longo do trabalho que a violência só poderá ser verdadeiramente apreendida levando em conta os aspectos históricos, sociais, econômicos e políticos das suas manifestações na sociedade. À vista disso, é a partir da totalidade que podemos compreender o fenômeno em toda sua complexidade.

Ainda com base em Konder (2000), a fim de pensar estratégias de superação do fenômeno, não há como reduzi-lo a uma ou outra expressão, é preciso enxergar o todo. É preciso ter consciência de que problemáticas complexas não poderão ser respondidas de forma reducionista ou simplista:

Em cada ação empreendida, o ser humano se defronta, inevitavelmente, com problemas interligados. Por isso, para encaminhar uma solução para os problemas, o ser humano precisa ter uma certa visão de conjunto deles: é a partir da visão do conjunto que a gente pode avaliar a dimensão de cada elemento do quadro. (KONDER, 2000, p. 36)

Quanto à Saúde, a totalidade faz-se imprescindível tanto para a compreensão do conceito ampliado do processo saúde-doença como para o próprio exercício profissional, pensando principalmente na integralidade do atendimento. O conceito ampliado do processo saúde-doença possui um caráter democrático justamente por envolver o todo no que se trata o conceito de saúde na vida dos sujeitos. Aqui, não se fala somente da ausência de doença, mas sim de bem-estar completo, de condições dignas em todos os âmbitos da vida social, inclusive de ausência de violência. A totalidade encontra-se intrínseca ao conceito ampliado, haja visto que são muitos os determinantes sociais da saúde (e da doença), sendo esses relacionais com aspectos sociais, culturais, históricos, econômicos, biológicos, etc. Atualmente, ainda, o modelo explicativo hegemônico, é o biomédico, que se concentra apenas no aspecto biológico do sujeito que enxerga o corpo como uma máquina. Negam-se outros aspectos da vida social do sujeito como determinantes para sua doença. Basta “consertar” o “defeito” patológico. A superação desse modelo médico-assistencial encontra força também na possibilidade de pensar o sujeito na sua totalidade. Ao utilizar a categoria da totalidade, então, podemos percorrer o movimento real do nosso objeto de pesquisa na sociedade, ou como afirma Guerra (2004):

Como categoria objetiva, a totalidade está presente em qualquer realidade, [...] como categoria intelectual, permite à razão ultrapassar o plano da imediatividade (aparência), em busca da essência. Para tanto, há que reconstruir intelectivamente as

mediações, nexos e relações multidimensionais reconstruindo o próprio movimento do objeto. (GUERRA, 2004, p. 23)

A categoria da *historicidade* traz para a discussão a noção de processualidade, uma vez que, considera que existiu algo antes do que temos hoje e, portanto, a realidade está sempre em movimento. Ainda, a paciência histórica também está associada com esta categoria, tendo em vista que antes é necessário entender os fenômenos para depois buscar superá-los. Nesse sentido, a historicidade permite que tenhamos sempre a consciência real de como se deu a construção da realidade, nos processos históricos, compreensão necessária para superar uma dada situação. Os elementos históricos fazem parte da constituição da realidade tal como é hoje e não convém negar os fatos, mas sim, refletir sobre essa afim de superá-los.

Lessa (1996), ao analisar a historicidade estudada por Lukács, destaca a importância dessa categoria para que não tornemos os fenômenos como estáticos, ou, que esses não sejam passíveis de transformações:

Tendo em vista uma exposição preliminar da articulação entre historicidade e essência em Lukács, um ponto de partida possível, entre outros tantos, são as suas considerações acerca da relação entre fenômeno e essência na esfera econômica. Inicia ele lembrando que "todo objeto é por sua essência um complexo processual"; contudo, frequentemente "no mundo fenomênico " ele se apresenta como "um objeto estático, solidamente definitivo ". Quando isso ocorre, "O fenômeno ... se torna fenômeno exatamente fazendo desaparecer, na imediatez, o processo ao qual deve a sua existência de fenômeno. E é de enorme importância social esse modo de se apresentar da essência ... " (1981, p. 357) pois, entre outras coisas, está na raiz das alienações contemporâneas. (LESSA, 1996, p. 95)

Sendo assim, podemos pensar no fenômeno da violência como um fenômeno que acompanha a história de todas as sociedades, e mais do que isso, vêm se transformando junto com elas. Importantes aspectos históricos também fundamentam práticas violentas que perduram na contemporaneidade. Ao mesmo tempo que vemos diversas transformações sociais que permitem uma discussão ampla de algumas expressões da violência, como a violência contra grupos de oprimidos, por exemplo. Devido a constante luta e reivindicação por respostas das minorias, como a população LGBTQI+, por exemplo, hoje podemos discutir e implementar medidas de prevenção da violência contra essa população, tendo em vista que se muda o modo de enxergar da sociedade.

Sobre tal aspecto, Konder (1981), escreve:

Marx não reconhece a existência de nenhum aspecto da realidade humana situado acima da história ou fora dela; mas admite que determinados aspectos da realidade humana perduram na história. Exatamente porque o movimento da história é marcado por superações dialéticas, em todas as grandes mudanças há negação, mas ao mesmo tempo uma preservação (e uma elevação superior) daquilo que tinha sido estabelecido antes. (KONDER, 1981, p. 53-54)

A própria construção da Saúde Pública pode ser relacionada com a categoria da historicidade. Veremos que, desde a década de 1960 a universalização da saúde começa a ser pensada com o esforço de pensar a saúde como uma questão ampliada. O Movimento da Reforma Sanitária representou um marco nesse sentido. No entanto, somente em 1988, com a Constituição Cidadã é que vemos isso ser colocado em prática. Aqui falamos da processualidade e da paciência histórica. Nesse meio tempo (até a atualidade), diversos avanços e retrocessos no meio do caminho. Para tanto, sem a historicidade, não conseguimos avançar na reflexão dos fenômenos, bem como nas suas falhas ao longo da história. Por fim, Konder (2008) afirma:

O alemão Walter Benjamin (1892-1940), aliás, lembrou que a história, tal como ela veio se desenrolando até o presente, está impregnada de violência, de opressão, de barbárie; e é exatamente por isso que a tarefa do teórico do materialismo histórico não pode ser pensar uma espécie de prolongamento “natural” dessa história, não pode ser promover a continuidade daquilo que essa história produziu, limitando-se a transformar seus produtos de mão em mão. Um espírito dialético – escreveu Benjamin, através de uma sugestiva imagem – insiste em “escovar a história a contrapelo”. (KONDER, 2000, p. 70)

A categoria da *contradição* possui fundamental contribuição para o método crítico dialético como um todo, bem como para a explicação da sociedade capitalista, até chegar no trabalho em Serviço Social, por exemplo. Por isso, é uma categoria central na nossa existência. Vivemos em uma sociedade contraditória. O que implica isso? Bem, os fenômenos que buscaremos estudar também estarão permeados por contradições. Conforme afirma Bottomore (1983):

Na tradição marxista, as contradições dialéticas se têm caracterizado em constante (i) com as oposições ou conflitos exclusivos ou “reais”, pois seus termos ou pólos pressupõem-se mutuamente, de modo a constituir uma oposição inclusiva e com (ii) as oposições lógicas formais, pois as relações envolvidas são dependentes de significado (ou conteúdo), e não puramente formais, de modo que a negação de A não leve ao seu cancelamento abstrato, mas à criação de um conteúdo mais abrangente, novo e superior. (BOTTOMORE, 1983, p. 80)

Sabe-se então que a dialética contém também as contradições entre as partes do todo. Lefebvre citado por Konder (2000) vai dizer que: “Não podemos dizer ao mesmo tempo que determinado objeto é redondo e é quadrado. Mas devemos dizer que o *mais* só se define com o *menos*, que a *dívida* só se define pelo *empréstimo*” (p. 49). Com a violência na sociedade capitalista ocorre da mesma forma. A desigualdade social, por exemplo, somente existirá enquanto expressão da violência enquanto um pressuposto central para manutenção do capitalismo for produzir riqueza para uns e pobreza para outros. Além desse pressuposto ser essencial para gerar crises, para que o sistema possa se reorganizar, produzindo novas formas de violência. É contraditório, então, pensar na supressão da violência, em um sistema

econômico e político que precisa dela para manter-se ativo. Ainda, a população mais empobrecida e, conseqüentemente, a população que mais sofre com a violência estrutural, também é a população que mais é criminalizada. Ou seja, para alguns a violência é tolerável, para outros, não. Esse caráter dúbio da violência revela falhas cruéis de um sistema de organização da sociedade montado exatamente para o que tem feito. Além de claro, demonstrar as contradições intrínsecas a esse processo.

No que tange a Saúde, a contradição encontra-se também imbricada no âmbito do Estado, por tratar-se de uma política social pública. Bem, se ora o Estado irá atender aos interesses da classe dominante e ora da classe dominada, para manter a ordem, é claro que no seio da política de saúde as contradições irão ser conduzidas por esse movimento. Vemos na história da construção do Sistema de Único de Saúde (SUS), por exemplo, um amplo movimento de luta e de junção de esforços para democratizar a saúde. Os princípios organizativos do SUS (universalidade, equidade e integralidade) seriam uma forma de garantir a democratização a partir do cotidiano do trabalho. No entanto, interesses econômicos e políticos, advindos da classe dominante, fazem com que não tenhamos até hoje a efetivação completa do SUS no País. Ainda, o discurso da incapacidade do SUS é próprio para efetivar a sua precarização total. Sendo assim, a contradição é a categoria responsável por dar certa materializada a pesquisa proposta neste trabalho, tendo em vista que as maiores indagações surgem no seio do capitalismo avançado.

Por fim, a categoria da *mediação* aparece como peça-chave para o desenvolvimento da pesquisa. Konder (2000) aborda que: “[...] todos os objetos com os quais lidamos existe uma dimensão imediata (que nós percebemos imediatamente) e existe uma dimensão *mediata* (que a gente vai descobrindo, construindo ou reconstruindo aos poucos)” (p. 47). Logo, a centralidade desse Trabalho de Conclusão de Curso encontra-se em desvelar as expressões da violência que se encontram tão enraizadas na sociedade que já não as percebemos mais. Esse processo de enraizamento remete diretamente a expressões que causos danos importantes a saúde da população, no entanto, não é reconhecida como tal no primeiro momento. Dessa forma, a mediação é fundamental para desvelarmos miopias e reconstruirmos o que hoje chamamos de violência e de agravos à saúde.

A análise de conteúdo foi o procedimento metodológico utilizado para o desenvolvimento do estudo. A abordagem do Trabalho de Conclusão de Curso é de natureza qualitativa. A partir dessa, dois procedimentos de coleta de dados foram utilizados a fim de sistematizar os conhecimentos a respeito do tema: a pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. A pesquisa bibliográfica, em permanente processo de aprofundamento e

desenvolvida a partir de materiais já elaborados (GIL, 1989), forneceu fundamentos teóricos que serviram de subsídios para a explicação dos fenômenos, ao mesmo tempo em que orientou a análise dos dados obtidos por meio de outros instrumentos metodológicos (LIMA; MIOTO, 2007). Já a pesquisa documental, que tem como fonte documentos não só impressos, mas sobretudo tais como jornais, fotos, filmes, gravações e documentos legais, foi utilizado na medida em que são conteúdos que ainda não tiveram um tratamento analítico, permitindo ao pesquisador desenvolver sua investigação e análise (SEVERINO, 2007).

Quanto a análise de conteúdo, pode ser utilizada de forma a possibilitar a descrição do conteúdo manifesto e latente das comunicações (GIL, 1989). Ainda, a análise de conteúdo trata de compreender criticamente o sentido manifesto o oculto das comunicações (SEVERINO, 2007), aspecto fundamental para nosso trabalho, tendo em vista a multiplicidade de interpretações que podem ser realizadas a partir dos nossos objetos do tema. As etapas da análise de conteúdo são: a pré-análise, onde se procede à escolha dos documentos, à formulação de hipóteses e à preparação do material para análise. A segunda é a exploração do material, que envolve a escolha das unidades, a enumeração e a classificação. A terceira etapa, por fim, é constituída pelo tratamento, inferência e interpretação dos dados (GIL, 1989). Tais etapas foram realizadas para este trabalho, uma vez que primeiro selecionamos quais documentos iríamos utilizar para a pesquisa, via plataforma da Scielo e Portal de Periódicos CAPES, em sua maioria, buscando pelas palavras-chave *violência*, *violência estrutural*, *saúde*, *desigualdade social* e *iniquidades*. Após selecionar os documentos adequados, os materiais foram lidos, fichados e analisados, a fim de tecer relações dos mesmos com os objetivos da pesquisa.

Para fins organizacionais, a presente monografia está dividida em dois capítulos de desenvolvimento. O primeiro Capítulo, intitulado *Violência e questão social: um breve resgate dos elementos constitutivos do fenômeno da sociedade*, trata da violência como expressão da questão social, e inicia com um breve resgate histórico do fenômeno na sociedade. No Capítulo, abordamos também sobre as principais definições de violência pesquisadas, a partir da perspectiva teórico-metodológica definida, e as principais manifestações da violência identificadas que se materializam no cotidiano da vida em sociedade. Este item já traz elementos para a discussão seguinte, na qual apresentamos a violência estrutural, a partir da sociedade capitalista. Os elementos constitutivos, as principais características e manifestações são a centralidade do item em questão. Por fim, o último item do primeiro Capítulo de desenvolvimento, trazemos alguns marcadores sociais, a partir de dados disponibilizados principalmente no Atlas da Violência, Anuário de Segurança Pública e IBGE. Tais dados demonstram como a violência estrutural têm se presentificado a partir dos marcadores sociais

de gênero, raça-etnia e classe – grupos estruturalmente oprimidos. Para tais grupos, a violência se apresenta de formas específicas.

Já no segundo Capítulo de desenvolvimento da monografia, *Saúde é democracia: a determinação social do processo saúde-doença e as interfaces com a violência*, começamos apresentando as concepções de saúde existentes. Damos destaque ao fato de que o conceito de saúde continua em disputa e ainda precisa ser reafirmado no seu sentido amplo. Escolhemos como norteador da discussão, a determinação social do processo saúde-doença, concepção calcada no método crítico-dialético, que entende que saúde, além de não ser somente ausência de doença, está determinada pelas estruturas sociais. No item que segue, começamos a relacionar a violência com a saúde. Iniciamos trazendo uma linha do tempo que demonstra o processo histórico de inclusão da violência na agenda do setor saúde. Portanto, a violência é, definitivamente, um agravo à saúde. Dando seguimento a discussão, no último item buscamos responder o nosso problema de pesquisa, trazendo os elementos que identificam de que forma a violência estrutural, expressada principalmente pelas desigualdades sociais, interfere no potencial de saúde dos sujeitos. Como fechamento, de forma a traçar um ponto de encontro entre ambos os Capítulos, terminamos apresentando, a partir dos mesmos marcadores sociais de gênero, raça-etnia e classe, que representam grupos oprimidos, a partir da violência estrutural, de que forma tais condições afetam especificamente a saúde dessas populações. Para fechamento apresentamos as *Considerações Finais*, as quais tratam de considerar os principais elementos e principais achados da pesquisa.

2 VIOLÊNCIA E QUESTÃO SOCIAL: UM BREVE RESGATE DOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO FENÔMENO DA SOCIEDADE

*[...] E continuamos. É tempo de
muletas.
Tempo de mortos faladores
e velhas paráliticas, nostálgicas de
bailado,
mas ainda é tempo de viver e
contar.
Certas histórias não se perderam...*

*Carlos Drummond de Andrade
em “Nosso tempo”*

Atualmente, o debate sobre a violência tem ocupado sua importância nos espaços acadêmicos e de diversas categorias profissionais. No entanto, devido a sua multidimensionalidade e, principalmente, a expansão das práticas violentas no cotidiano, faz-se imprescindível aprofundar esse debate de forma a tecer reflexões teórico-críticas sobre o tema. Conforme o objetivo da monografia, para além das questões conceituais da violência, aqui, iremos revisitar o fenômeno tendo como finalidade entender como especificamente a matriz estrutural da violência pode afetar a saúde, principalmente da população marginalizada, tendo em vista que o fenômeno, na sua manifestação estrutural, possui alvos específicos. A bibliografia adotada permite compreender tanto as questões sócio-históricas da violência, como os determinantes sociais de saúde, que irão compor a discussão principal da monografia. Presentemente, nos preocupamos em encontrar o fio condutor que relaciona e afirma a violência como uma questão de saúde pública, e assumindo essa como uma violação no direito à saúde. Para isso, partiremos de categorias de análise que buscam refletir sobre a violência estrutural no contexto da sociedade capitalista.

A esse trabalho não cabe a responsabilidade de definir a violência, entendendo que seria limitá-la, o que foge do objetivo proposto. Aqui, a sistematização dos conhecimentos a respeito do tema da conta de refletir sobre o impacto deste nos processos sociais, especificamente analisada a partir do materialismo histórico e dialético, tendo em vista que a realidade de referência é o modo de produção capitalista. Falamos de uma temática complexa, que jamais poderá ser respondida de maneira simplista. Dessa forma, buscaremos superar também as análises reducionistas do fenômeno. Sublinhamos primeiramente que há uma história social da violência na sociedade brasileira, logo, há diversas maneiras de interpretá-la, portanto, torna-se necessário inicialmente questionar-se: o que queremos entender com a análise da violência?

Essa pergunta será sustentada ao longo da nossa discussão para que possamos traçar uma linha de pensamento.

Para adentrar ao tema, torna-se primordial destacar brevemente a história da violência na sociedade, tendo como recorte o contexto brasileiro em específico, a fim de compreender a manifestação dessa na contemporaneidade. O que pretendemos é alcançar o marco da violência como expressão da questão social, oriunda das contradições do modo como a sociedade encontra-se organizada em todos os seus aspectos estruturantes, que irá ser a centralidade do capítulo, com a sistematização a respeito da violência estrutural na sociedade capitalista.

Marilena Chauí é quem abre a discussão, quando escreve a respeito do *mito da não violência brasileira*¹. Para a autora, há o comum equívoco de atrelar o povo brasileiro como um povo pacífico e livre de violência na sua história. O mito da não violência brasileira traz lacunas importantes para a discussão do fenômeno, uma vez que nega todo um passado baseado em exploração, saques e guerras sangrentas. Sobre isso, Chauí destaca que a ocultação da passagem de colônia e império para república foi realizada por meio de golpes do Estado e silenciando as revoltas e rebeliões que marcam a nossa história política nacional (CHAUÍ, 2017, p. 36-37). Com tamanha ocultação e silenciamento, a narração da história do Brasil fica como “*uma história feita sem sangue*” (ibid.), reforçando o mito do caráter de uma sociedade ordeira e boa. Há também que destacar o mito da harmonia narrada entre a Casa-Grande e Senzala. A respeito a autora aborda:

Ergue-se, assim, a imagem de um povo generoso, alegre, sensual, solidário, que desconhece o racismo, o machismo, a homofobia, que respeita as diferenças étnicas, religiosas e políticas, que vivem sem preconceitos porque não discrimina as pessoas por sua etnia nem por sua classe social nem por suas escolhas sexuais, religiosas ou profissionais. A harmonia entre a casa-grande e a senzala afirma que somos um povo essencialmente não violento. (CHAUÍ, 2017, p. 37)

No entanto, é preciso romper com essa ocultação para que possamos tecer alguma interpretação crítica do fenômeno, tendo em vista que o mito do povo ordeiro e de um território sem conflitos, manifesta consequências até hoje². Destaca-se a violência como resultado, mas também como causalidade em todo o processo de formação histórica, social, econômica e

¹ O ensaio original do mito da não violência brasileira foi publicado pela autora em 1980, e desde então o assunto tem sido objeto de estudo por ela.

² Minayo (2006) assinala sobre os problemas de uma sociedade que nega os conflitos sociais: “[...] A violência encontra espaço muito mais propício para se exprimir quando a realidade social não está estruturada por tipos de conflitos passíveis de serem tratados pelos atores. Por isso, considero que a violência é o contrário do conflito institucionalizado. Ela traduz a existência de problemas sociais que não se transformam em tema de debate e busca de solução pela sociedade” (p. 191).

política do Brasil. Diversos autores irão enfatizar que a história do país é a história da violência³. Desde a colonização exploratória, passando por guerras sangrentas, todos os anos de trabalho escravo, até chegar no processo caótico de industrialização e urbanização, o Brasil foi permeado por práticas violentas. Darcy Ribeiro (2006), afirma que a mais terrível de nossas heranças encontra fundamento no passado escravista. A história dos escravos no Brasil, traz para a atualidade uma forte marca de racismo na sociedade, bem como desvela imensas desigualdades sociais que não foram superadas, somente intensificadas com as novas roupagens do capitalismo, reforçada pelo advento das práticas neoliberais. Com base em Filho (2001), há uma violência fundadora que está relacionada a uma cultura tradicional herdada, baseada no passado escravocrata da sociedade brasileira e no tipo de colonização e colonizadores que para cá vieram. E essa história continua a ser produzida pela violência, visto que esta é um meio e não uma finalidade.

Outra passagem fundamental da história, sustentará mais tarde a centralidade deste trabalho – a violência estrutural. O caráter de desenvolvimento tardio do Brasil, juntamente com o contraditório aceleração do processo de industrialização no século XX, gerou consequências importantes. O pano de fundo é a transição de um Brasil agrário, com economia voltada para a exportação com mão-de-obra pautada no trabalho escravo, para um país urbano-industrial cujos trabalhadores agora são livres e assalariados. Diante de tais transformações, o Brasil passa por mudanças, além de conjunturais; estruturais, no sentido econômico, social e político. Com o processo de industrialização, vimos acontecer no país o chamado *êxodo rural*, caracterizado por uma modalidade de migração de deslocamento de zonas rurais para zonas urbanas. A promessa de emprego e renda nas grandes cidades urbanas foi o principal atrativo que desencadeou ao êxodo, ou seja, a população que dedicava sua vida ao campo, migrou para os centros das cidades com o objetivo de trabalhar nas recém construídas indústrias. O clímax desse cenário era a implantação de relações capitalistas modernas na produção.

Como sabido, esse modelo econômico privilegia os grandes latifundiários e a intensa mecanização das atividades rurais expulsa os pequenos produtores do campo. Assim, os pequenos produtores que não conseguem mecanizar sua produção têm baixo rendimento de produtividade, o que os coloca em desvantagem no mercado. Atrelado a isso estão as questões do monopólio da terra e da monocultura, que reforça a expulsão da população do campo. Em síntese, o campo ficou subordinado à cidade, assim como os até então camponeses ficaram

³ ADORNO (2017) em “*A violência no Brasil explicada por Sérgio Adorno*”, entrevista para o Nexo Jornal – via YouTube; ODÁLIA (2017), em “*O que é violência*”; FILHO (2001), em “*Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira*”; CHAUI (2017) em “*Sobre a violência*”.

subordinados agora aos grandes empresários. As consequências da industrialização são visíveis até hoje. Um número intenso de desempregados, sujeitos que acabam por construir suas vidas à margem da sociedade (intensificação das vilas e favelas) e, o resultado é o aumento expressivo da pauperização, bem como a intensificação da divisão da sociedade em classes. Sobre tal período, afirma Ribeiro (2006):

Conforme se vê, vivemos um dos mais violentos êxodos rurais, tanto mais grave porque nenhuma cidade brasileira estava em condições de receber esse contingente espantoso de população. Sua consequência foi a miserabilização da população urbana e uma pressão enorme na competição por empregos. (RIBEIRO, 2006, p. 182)

Ou seja, a migração da população do campo com destino às periferias dos grandes centros urbanos, onde passaram a viver sob condições de extrema pobreza, desorganização social, expostas a novos comportamentos e sem condições econômicas de realizarem suas aspirações, gerou um impacto importante no que tange a violência. Conforme apontam Maria Cecília Minayo e Edinilsa Souza, umas das maiores estudiosas sobre o fenômeno da violência:

Dessa forma, a violência encontraria clima propício para seu incremento nas grandes metrópoles, sacudidas por essas bruscas mudanças. Variáveis como o tamanho das cidades, a aglomeração de pessoas, a perda de referências familiares e de raízes culturais favoreceriam a formação de subculturas periféricas, à margem das normas e leis sociais, produzindo-se as chamadas "classes perigosas". As grandes cidades não seriam, então, o foco gerador da violência, como crê o senso comum, e sim o *locus* privilegiado da dissociação entre aspirações culturalmente criadas e 'possíveis sociais', daí se originando a delinquência e o crime. (MINAYO; SOUZA, 1998, p. 518)

Marx e Engels apontaram nos seus grandiosos estudos para os antagonismos entre as classes e o que isso gerava. Alertaram que, a sociedade burguesa moderna, que surgiu das ruínas da sociedade feudal, não aboliu os antagonismos de classes. Não fez senão substituir velhas classes, velhas condições de opressão, velhas formas de luta por outras novas. Vemos atualmente essa divisão com veemência, fruto de um processo industrializador intrincado, fundando em um modo de produção para acumular riqueza como propriedade de alguns, que somente o é devido as desigualdades sociais que gera. Ou seja, devido a miséria de outros. É por isso que os filósofos alemães, em uma de suas homéricas obras, afirmam: “A história de toda as sociedades que existem até hoje é a história da luta de classes” (MARX; ENGELS, 2003, p. 45). Homem livre e escravo, patrício e plebeu, senhor e servo, mestre de corporação e oficial, numa palavra, opressores e oprimidos, em constante oposição, têm vivido numa guerra ininterrupta, que se mantém a partir das grandes crises do sistema, se transformando, mas sempre oprimindo (ibid.).

Não é em vão a necessidade de explanar a respeito das desigualdades intrínsecas ao capitalismo. Veremos ao longo da monografia como as relações sociais tendem a assumir novas

roupagens, conforme as transformações da sociedade, e veremos principalmente que a violência estrutural se figura imbrincada nessas transformações. Dessa forma, não têm o fim em si. Logo, essa encontra-se com as estruturas dominantes, o que nos mostra que na sociedade burguesa o passado domina o presente. É nesse sentido que as sistematizações desse capítulo irão ser relacionadas com o processo saúde-doença no capítulo terceiro do trabalho, tendo em vista que há danos sociais importantes gerados nessa relação. Identificamos, portanto, nessa relação antagônica entre classes e nos meandros das contradições entre capital *versus* trabalho, a violência como uma expressão da questão social. Minayo (1994), defende que a violência vai se originar de um conjunto de fatores oriundos das relações sociais vigentes, que possuem uma bagagem histórica que está relacionada com questões de ordem conjuntural. Dessa forma, o fenômeno da violência se encontra complexificado com a questão social, principalmente por pertencer também ao contexto desigual da sociedade.

Isto posto, a concepção adotada do surgimento da violência na sociedade trata do pressuposto de que, o homem como um ser essencialmente histórico e, portanto, mutável não têm a prática da violência como um ato intrínseco ou natural à sua existência como sujeito. Silva e Carmo sinalizaram que o ser social, mesmo que violento, não é apenas esse ser, autor e criador de ações violentas unicamente a partir de uma tal “mente fértil e criminosa”, mas sim, é constituído a partir de princípios e valores historicamente construídos pelas classes dominantes (SILVA, CARMO, 2013). Logo, o fenômeno da violência é construído em nível estrutural – na superestrutura⁴ e, suas expressões são materializadas no cotidiano, a partir dos processos sociais, que estão permeados de práticas violentas. Com base em Filho (2001, p. 20), Marx dizia que a violência não era inerente ao homem, que esse seria um relacionamento superável, no entanto, a violência seria inerente ao modo como a sociedade encontra-se organizada. É a partir dessa concepção teórica de interpretação da violência que iremos sustentar a discussão ao longo da monografia.

⁴ Para Marx e Engels (1989), a infraestrutura seria o conjunto das relações de produção, ou seja, as relações de classes estabelecidas em determinada sociedade. Sobre esta estrutura econômica se ergueria a superestrutura, que corresponde às formas de consciência social em geral, como a política, a filosofia, a cultura, as ciências, as religiões, as artes, etc. A superestrutura compreende também os modos de pensar, as visões de mundo e demais componentes ideológicos de uma classe. A ideologia é chamada de superestrutura ideológica e o Estado é chamado de superestrutura legal ou política, incluindo aí a polícia, o exército, as leis, os tribunais e a burocracia.

2.1 CARTOGRAFIA⁵ DA VIOLÊNCIA: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA-CONCEITUAL AO FENÔMENO

Qualquer situação em que alguns homens impedem os outros de se engajarem no processo de investigação é de violência; [...] alienar os seres humanos de suas próprias decisões é transformá-los em objetos.

Paulo Freire em “Pedagogia do Oprimido”

A partir daqui, construiremos a sistematização dos principais conceitos que procuram analisar o fenômeno da violência na contemporaneidade. Enfatizamos que, diversos autores das mais diversas áreas do conhecimento analisam o fenômeno da violência. Todavia, precisamos delimitar nosso campo do conhecimento, a fim de adotar uma perspectiva em comum que nos guie para os estudos relativos. Anterior a isso, se torna interessante explorar brevemente perspectivas que não a escolhida para desenvolver o trabalho em questão. Muitos teóricos sustentam que a violência resulta de necessidades biológicas, psicológicas ou sociais, outros explicam a violência somente pela causalidade social, associada pela “vingança” dos oprimidos, assim como há outro grupo de teóricos que entendem a violência como um fenômeno extraclassista e a-histórico, bem como há autores que reduzem o fenômeno à conduta individual por fatores psicológicos (MINAYO; SOUZA, 1998).

Dentre esses, iremos nos ater primeiramente em um grupo que entende o fenômeno violento como sendo algo natural, inevitável e instintivo do ser humano. Para esses teóricos, a violência é tida como uma característica inerente à espécie humana, ao passo que se configura como instinto de sobrevivência. Ainda no que tange esse grupo teórico, a violência é entendida como fenômeno *extraclassista e a-histórico*. E, nesse ponto, é que encontramos o maior contraponto em relação a perspectiva adotada para esse trabalho. Minayo e Souza (1998, p. 515) explicam que para autores como Nielburg (1959) e Lawrence (1970), essas teorias fundamentam-se na ideia de que a agressividade é uma qualidade inata da natureza humana e,

⁵ Foi escolhido o termo *cartografia* para esse capítulo, com referência ao texto de Edson Passetti (2002) “*Cartografia de violências*”, tendo em vista que cartografar significa reproduzir representações de um dado espaço, além da representação física, a cartografia é utilizada para ilustrar a realidade social, econômica, histórica e cultural. Ou, de acordo com Passetti: “O cartógrafo deve assumir um ponto de vista genealógico, nas cinzadas encruzilhadas, lidando com discursos e práticas que se intercambiam, horizontalizando saberes que se querem verticalizadores, analisados como verdade e distanciados da verdade verdadeira” (p. 8).

portanto, os conflitos da vida social, seja qual for a etapa do desenvolvimento histórico, são de caráter *eterno e natural*.

Dessa forma, os componentes da atividade humana ficariam subordinados aos instintos biológicos e nenhum aspecto da vida social poderia interferir nesse processo. Essa perspectiva: “É semelhante ao critério de determinismo neurogenético, porém, mais amplo, pois parece negar a participação das doenças mentais na violência, fenômeno observado em diversos países”⁶. Lawrence (1970, pp. 35-6) critica a busca do que chama sintomas secundários de tais atos ou quais atos de violência e advoga a pesquisa de “*padrões científicos únicos*”. À vista disso, questões de cunho social ou conjuntural não são entendidas como agravantes no fenômeno violência. Os autores ainda creem na possibilidade de se encontrar uma definição neutra para a violência, que seja isenta de moral partidária, desde que controle os juízos de valores.

Esse grupo de teóricos nos mostra apenas uma das interpretações que se pode tecer a respeito da violência. Tendo em vista o caráter polissêmico da conceituação, não há como avançarmos na reflexão sem adotar um ponto de vista. Partiremos do consenso de que a violência possui uma multicausalidade, que provoca a complexidade do fenômeno. Além do caráter multifacetado, a violência será interpretada como um fenômeno *biopsicossocial* – compreendendo as causas do fenômeno utilizando-se de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dessa forma, a complexidade que existe ao tratar desse tema dinâmico emerge na vida em sociedade, sendo que esta noção de violência a ser refletida não faz parte da natureza humana por não possuir raízes exclusivamente biológicas. Esse é a primeira perspectiva teórica adotada para a elaboração da monografia.

Esse consenso nos leva a crer que para que possamos metodizar a violência precisamos dialogar com diversos autores a partir desse ponto de vista em comum, visto que, mais do que nunca, entende-se que é imprescindível definir uma perspectiva ou abordagem visto tamanha vastidão de interpretações a respeito do fenômeno em questão. Assim como nos recomenda Passetti (2002):

[...] um tema com diversas possibilidades de abordagens, uma marca cada vez mais perigosa, alardeada entre as práticas sociais. Falar de violência requer um ponto de vista. Não exige que este seja abrangente, translúcido ou o mais verdadeiro. Apenas que revele miopias, pequenos erros, infortúnios, zonas cinzas de sua genealogia, de sua busca desesperada por uma pacificação ainda que artificial. (PASSETTI, 2002, p. 7)

⁶ FLORES, 2002, p. 1999.

Pensamos que esse seja um dos grandes objetivos dessa discussão, revelar miopias, infortúnios e fazer com que esses gerem indagações, indignações e reflexões. Afinal, esse exercício de experimentar sentimentos desconfortáveis diante de tais fenômenos nos move a um pertencimento de enfrentamento e luta constante. Ainda, o estudo do fenômeno da violência nos permite exercitar a capacidade de questionamento e indagar sobre o que é o estado *normal*, *natural* ou *eterno* das coisas na vida em sociedade. Dessa forma, iremos adotar o viés crítico de estudo do fenômeno. Conforme brilhantemente escreveu Bertolt Brecht em “*Nada é impossível de mudar*”:

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural. Pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural. Nada deve parecer impossível de mudar. (BRECHT, 1982, s/p)

A fim de iniciar a sustentação do tema, o conceito etimológico da violência nos é primordial:

1. Qualidade do que é violento; 2. Ação ou efeito de violentar, de empregar a força física (contra alguém ou algo) ou intimidação moral contra alguém; crueldade, força; 3. Exercício injusto ou discricionário em geral ilegal, de força ou de poder; 4. Cerceamento do direito ou da justiça, coação, opressão, tirania; 5. Força súbita que se faz sentir com intensidade; fúria; veemência; 6. Dado causado por uma distorção ou alteração não autorizada (censura); 7. Juridicamente: constrangimento físico ou moral exercido sobre alguém para obrigá-lo a submeter-se à vontade de outrem; 8. Direito penal: relação sexual mantida com uma mulher mediante utilização da força; estupro; 9. Ferocidade, fúria, sanha. (HOUAISS, 2001, s/p)

Essa definição de violência nos permite avançar com diversos questionamentos, visto que, embora a força física seja o primeiro aspecto da violência que elencamos, nessa definição já aparecem outras práticas que configuram o ato violento. É frequente também identificar a violência com a delinquência e a criminalidade, por exemplo. Com efeito, o uso de força física contra *outrem* ou a si mesmo e a criminalidade são expressões da violência. O fato é que a violência não é uma só, ela é múltipla. Com base em Minayo (2006), o vocábulo da palavra violência deriva de origem latina, *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. Ainda, a autora reforça que embora pareça, o termo não é neutro, e, os eventos violentos analisados por diversos estudiosos, se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens (MINAYO, 2006, s/p). Portanto, a própria origem da palavra já demonstra que as relações de poder existentes na sociedade também perpassam as práticas violentas. Realmente, a violência, por vezes, servirá como *meio* de atingir o poder. E vice-versa.

Autores como Nilo Odalia e Sérgio Adorno se dedicaram a analisar a violência a partir da sua multidimensionalidade e, sobretudo, sob um viés crítico do fenômeno. Odalia (2017, s/p) reflete que a violência parece estar tão enraizada no nosso cotidiano que aparenta ser uma forma de ver e de viver no mundo hoje. A mais, como não dispomos de uma fórmula para a aniquilação das práticas violentas, acaba-se aceitando-a como um componente normal nas nossas vidas. Será então, que a violência é um modo de ser do homem contemporâneo?

Odalia também irá trazer que, apesar de, a violência ser um traço significativo na nossa época, não se pode deixar de reconhecer que uma das condições básicas da sobrevivência do homem, foi exatamente sua capacidade de produzir violência numa escala desconhecida pelos outros animais. No entanto, analisa que a violência que vemos na contemporaneidade, extrapola quaisquer questões de pura sobrevivência, “[...] Ela de alguma forma se enriquece, pois perde sua forma natural de defesa para ser uma decorrência da maneira pela qual o homem passa a organizar sua vida em comum com outros homens” (ODALIA, 2017, s/p). Sobre tal, Paulo Fraga (2002) também dispõe da mesma ideia, tendo como referência a violência dos primatas. De fato, nesse tempo histórico, os primatas não dispuseram de outras saídas e possibilidades de ação. Essa violência é denominada como *violência original*, caracterizada como fundadora de certo equilíbrio na ordem da vida:

À violência dos primatas chamaremos de violência original – aquela praticada como uma necessidade incontornável no processo de luta pela sobrevivência, num grau de desenvolvimento histórico que não oferecia outras saídas e possibilidades de ação e relação. Contudo, existe outro tipo de violência, que é a que nos interessa aqui: a violência tal como a conhecemos hoje, nas suas formas cada vez mais sutis e destrutivas. Então, de uma forma de violência primária (estruturante, fundadora de certo equilíbrio na ordem da vida) passamos a uma secundária (desestruturante e desagregadora). (FRAGA, 2002, p. 45)

Sérgio Adorno (2017, s/p) irá abordar que atualmente a violência assume um papel para além do meio de resolução de conflitos, manifestando-se como uma linguagem própria da sociedade contemporânea. Percebe-se que, grandes transformações da sociedade ao longo da história, foram permeados por processos violentos e, diante de tantas mudanças, a violência também assume outros espaços sociais. Esse aspecto volátil da violência é imprescindível para que possamos compreender as suas expressões conforme cada cenário que se coloca na vida cotidiana. Portanto, deixamos de presenciar a violência considerada original, ou seja, a violência do homem puramente para sobrevivência, para presenciar a violência na sua forma mais hostil de uso de poder e força. Ademais, o caráter inerente a nossa forma de sociabilidade faz com que a reprodução da violência seja um processo natural em nossas vidas. Odalia (2017) ainda ressalta que não é só a violência física que diferencia o viver em sociedade e que apavora

o homem, há também outros temores, outros medos, que o assaltam e acabam também por moldar seu estilo de vida, outras percepções de violência que produzem danos sociais (ODALIA, 2017, s/p).

Para chegar no clímax, é preciso percorrer alguns caminhos, cartografar a violência no percurso que nos é possível e, apropriado. Para tanto, há conceitos básicos que são peça-chave para desvelar o nosso objeto de estudo. Destacamos o conceito elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um importante plano de fundo para toda nossa sistematização, visto que, para além da importância dos conceitos, aqui há a importância de o conceito ter sido elaborado pelo órgão internacional máximo de Saúde, que constitui a problemática principal da monografia. A partir do material intitulado *Relatório mundial sobre violência e saúde*, elaborado em 2002 pela OMS, o conceito defendido é:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG, et al, 2002, p. 5).

Essa definição utilizada pela OMS associa intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido. A definição também envolve um amplo conjunto de consequências, como dano psicológico, privação e deficiência de desenvolvimento dos sujeitos. Ela reflete um reconhecimento cada vez maior por parte dos pesquisadores e profissionais acerca da necessidade de incluir a violência que não resulta necessariamente em lesões ou morte, mas que, contudo, oprime as pessoas, as famílias, as comunidades e os sistemas de assistência à saúde no mundo todo (KRUG et al, 2002, p. 5).

Nessa perspectiva, a OMS também elenca uma *tipologia da violência*, sendo essa: a *violência auto infligida*, que é caracterizada como o comportamento suicida e o auto abuso; a *violência interpessoal*, que é dividida em violência da família e de parceiro (a) íntimo (a) e violência comunitária, que ocorre com pessoas sem laços de parentesco (consanguíneos ou não); e a *violência coletiva*, que é dividida em social, política e econômica. No que tange à última, as divisões da violência coletiva sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados. A violência coletiva cometida para seguir uma determinada agenda social inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A violência política inclui guerras e conflitos de violência pertinentes, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores. A violência econômica inclui ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico, tais como ataques realizados visando a interromper a

atividade econômica, negar acesso a serviços essenciais ou criar segmentações e fragmentações econômicas. Ainda no que se refere a conceituação da OMS, há que elencar a *natureza dos atos violentos*, que se dividem em: física, sexual, psicológica e envolvendo privação ou negligência (KRUG et al, 2002, p. 6-7).

Minayo, no seu livro intitulado *Violência e Saúde (2006)*, sinaliza o caráter mutante da violência, que se designa de acordo com épocas, locais e circunstâncias, realidades muito diferentes e ainda, há violências toleradas e há violências condenadas (2006, p. 13). No que tange a conceituação, a autora ainda afirma que há uma dificuldade para conceituar a violência devido ao fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, que desencadeia uma carga emocional tanto em quem a comete, como em quem a sofre e quem a presencia (ibid., p. 14). Todavia, a autora também propõe uma conceituação a partir dos seus estudos:

[...] no centro de tudo, a ‘violência física’, que atinge diretamente a integridade corporal e que pode ser traduzida nos homicídios, agressões, violações, torturas, roubos a mão armada; a ‘violência econômica’, que consiste no desrespeito e apropriação, contra a vontade dos donos ou de forma agressiva, de algo de sua propriedade e de seus bens; e, por último, a ‘violência moral e simbólica’, aquela que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos do outro (MINAYO, 2006, p. 113).

Não obstante, a autora ainda ressalta a respeito de um conceito universal do fenômeno, abordando que: “[...] nem a filosofia popular nem os filósofos eruditos têm uma última palavra sobre o significado da violência [...]”, o que reforça a importância de questionar de que violência estamos falando sempre que pretendemos analisá-la, ou, o que quero com essa análise. A autora continua: “[...] muita gente defende um pensamento pragmático e maniqueísta sobre o tema: a violência é boa ou má, positiva ou negativa, segundo as forças históricas que a sustentam. Outros reafirmam sua negatividade sob qualquer pretexto” (MINAYO, 2006, p. 215).

Nessa mesma perspectiva, Nilo Odalia (2017, s/p) ainda agrega a conceituação de violência a noção de privação: “[...] privar significa tirar, destituir, despojar alguém de alguma coisa. Todo ato de violência é exatamente isso. Ele nos despoja de alguma coisa, de nossa vida, de nossos direitos como pessoas e como cidadãos”. Seguindo a discussão, se pensarmos na definição de violência coletiva tipologizada pela OMS, ou na violência moral assinalada por Minayo, por exemplo, a reprodução social das múltiplas expressões da violência pode ser preliminarmente caracterizada como umas das consequências, muitas vezes catastróficas, do funcionamento regular de nossos sistemas econômico e político ao longo da história. Dito isso,

torna-se fundamental “dar um passo para trás”, como sugere Zizek (2014), a fim de compreender o fenômeno:

[...] devemos aprender a dar um passo para trás, a desembaraçar-nos do engodo fascinante desta violência “subjetiva” diretamente visível, exercida por um agente claramente identificável. Precisamos ser capazes de perceber os contornos dos cenários que engendram essas explosões. O passo para trás nos permite identificar uma violência que subjaz aos nossos próprios esforços que visam combater a violência e promover a tolerância (ZIZEK, 2014, p. 17).

Zizek (2014) em seus estudos sobre a violência, parte de uma compreensão dual entre *violência subjetiva* e a *violência objetiva*. Para o filósofo marxista, a *violência subjetiva* é experimentada enquanto tal como uma perturbação do estado de coisas “normal” e pacífico, já a *violência objetiva* é precisamente aquela inerente a esse estado “normal” das coisas. Nessa perspectiva, a violência objetiva é uma violência invisível, visto que é ela que sustenta a normalidade. Um exemplo concreto de violência objetiva seriam os reflexos da desigualdade social, que comumente são naturalizados ou invisibilizados.

Por sua vez, a socióloga Flávia Schilling (2004) aborda que, há violências diversas implicando sujeitos diversos e acontecendo sob formas diferentes (violência física, psicológica, emocional, simbólica). Exigem respostas diferentes, de diferentes dimensões – macro e micro – que se relacionam entre si de maneiras peculiares. Em todos os casos, há agressores específicos e há vítimas. De maneira generalista, há violência quando há uma ruptura do que é considerado regular ou normal. Ou, quando uma ação intencional gera danos a outro sujeito e/ou grupo social, atingindo sua integridade física e moral, bem como aspectos simbólicos e culturais de dado sujeito e/ou grupo social. A autora propõe um aspecto interessante nesse sentido:

A violência tem história e essa se expressa em continuidades (a permanência, por exemplo, desta, na resolução de conflitos entre vizinhos, na família, com suas consequências fatais) e em rupturas (atos que não eram vistos como violentos começam a ser percebidos como tal). (SCHILLING, 2004, p. 42)

Dessa forma, o caráter dialético da sociedade permite que comportamentos antes considerados “normais” ou “reparadores”, hoje sejam enxergados como atos de violência, e exigem respostas. Um exemplo clássico é encontrado na violência contra a mulher, visto que, até certo tempo, a ação violenta contra as mulheres, não era considerada exatamente violência como a conhecemos hoje, era considerada um ato “reparador”. No entanto, houve uma ruptura com essa concepção que hoje permite que a violência contra a mulher seja plausível de ações de prevenção e inclusive, penalizações. Portanto, outra questão que se relaciona com as transformações sociais está ligada com a ruptura com o que se demonstra “estável e regular” na

sociedade. Problemas que antigamente eram exclusivos da esfera privada da vida, hoje fazem parte da esfera pública, sendo de interesse coletivo, o que desvela constantes rupturas com o estado “natural” das coisas ao longo da história.

Sobre tal, Hayeck (2009), com base em Marx, apresenta uma perspectiva de analisar as transformações sociais e o fenômeno da violência. A concepção marxista nos mostra a relação entre luta de classes e violência, que se constitui o motor da história, isto é, os conflitos são irreduzíveis. São as transformações sociais que passam pela violência, e não o contrário. Dessa forma, é feita uma crítica às interpretações com base no funcionamento social do tema da violência (HAYECK, 2009, p. 6). Essa perspectiva encontra fundamento quando Marx afirma que a violência é a “*parteira de toda velha sociedade que está prenhe de uma nova*” (MARX, 1996, p. 276).

Essa concepção marxista reforça o espaço de enraizamento social que a violência ocupa. O processo de enraizamento por sua vez, colabora com a naturalização das práticas violentas, uma vez que é assim que conhecemos a sociedade. Além disso, a naturalização acontece no âmbito do cotidiano, que é o espaço propício onde os fenômenos são banalizados e alienados. Logo, Minayo reforça a necessidade de entendermos a violência sempre em sua face atual, chamando nossa atenção para seu enraizamento na história e nos processos sociais, pois suas expressões mudam e mudam as percepções e os comportamentos em relação a ela (MINAYO, 2006, p. 176).

Por conseguinte, a violência aparece na sociedade onde aparentemente não existe a violência, justamente por aparecer sob a forma de “as coisas como são”. As mais diversas expressões da violência irão camuflar-se nesse sentido. Novamente, Nilo Odalia nos traz aspectos para elucidar esse argumento: nem sempre a violência irá apresentar como um ato físico, com uso de força, ou como uma relação, como um fato, que possua estrutura facilmente identificável. O ato violento é sinalizado cotidianamente, como um ato natural, cuja essência passa despercebida. Perceber um ato como violento demanda do homem um esforço para superar sua aparência de ato rotineiro, natural e como que inscrito na ordem das coisas (ODALIA, 2017, s/p).

Exemplos do dia a dia ilustram bem o que queremos dizer com a sutileza da violência: *gaslighting*⁷; o homem que desconta sua raiva atingindo com socos o armário da companheira;

⁷ *Gaslighting* (derivado do termo inglês Gaslight, ‘a luz [inconstante] do candeeiro a gás’) refere-se a um dos tipos de abuso psicológico. Um método de manipulação sutil, mas eficiente, no qual o agressor, seja o companheiro, chefe, ou até mesmo um dos pais, apresenta informações falsas ou omite a realidade. A intenção é fazer sua vítima questionar a própria memória, conduta, percepção e sanidade, assim, destruindo sua confiança e,

uma pessoa negra que é perseguida pelos seguranças em supermercados; o chefe que utiliza do poder para persuadir alguém; um neto que utiliza o dinheiro do avô sem consentimento; até chegar a violações ou não acessos a direitos, e a própria desigualdade social. No entanto, tornam-se sutis por não serem vivenciadas pelo todo, sendo assim, são também estranhadas pelos sujeitos. Urge destacar, ter a percepção da sutileza da violência, necessita um esforço para ultrapassar os limites do *status quo*. A essa questão associa-se ainda o entendimento comum de que somos bons por natureza, e as condições sociais nos fazem perversos, violentos e mesquinhos (PASSETTI, 2002, p. 7). A discussão dessa ideia é feita também por Schilling que analisa que, nesse contexto, a violência “[...] está associada a uma força que em si não é nem boa nem má: é uma força que foi além dos limites e que escapou das previsões, é uma força que provocou uma ruptura em um mundo considerado “estável e regular” (SCHILLING, 2004, p. 37). Em síntese, a violência é um fenômeno humano e social, tendo em vista que não se nega a existência da violência em nenhuma sociedade estudada, mesmo que em proporções muito diferentes uma da outra; a violência é histórica, considerando que em épocas específicas o fenômeno se apresenta de formas particulares; há formas de violência que persistem no tempo e atravessam épocas e sociedades, por exemplo, a violência de gênero e étnico-raciais, que embora tenha havido uma construção bastante significativa para a prevenção e visibilidade destas, ainda é uma expressão transversal às sociedades; a violência abrange todas as classes sociais, ainda que tenha impactos diferentes para ambas; e nós todos estamos sujeitos a cometer atos violentos, ela não está apenas no “outro”.

A facilidade da naturalização do fenômeno encontra explicação no caráter *alienante* do cotidiano. Os sujeitos tendem a sentir-se “despossuídos” das questões da sociedade em geral. Logo, a violência vira “mais um problema da sociedade”, como também é estranhada pelos sujeitos, que não reconhecem nas suas existências atos de violência, seja como cometido ou cometedor. Chauí (1994, p. 216), define essa alienação como sendo a *alienação social*, em que os homens criam ou produzem alguma coisa, dão independência a essa “criatura” como se ela existisse por si mesma e em si mesma. Destaca ainda que, os homens deixam-se governar por essa “criatura” como se ela tivesse poder em si e por si mesma. Ora, essa “criatura” pode facilmente ser a violência. Torna-se confortável perceber a violência como que com vida própria, ou, separada do sujeito, ou ainda, como que somente sendo cometida pelo outro. Essa questão não nega a construção do fenômeno no âmbito histórico e social, no entanto, destaca que a presença da violência na esfera subjetiva dos sujeitos. Evidencia-se, portanto, que, há

em casos extremos, sua sanidade mental. Disponível em: <<https://dialogopsi.com.br/blog/gaslighting-uma-forma-sutil-de-violencia/>>.

mecanismos dominantes que reproduzem essa alienação no seio da sociedade. Ou como afirmou Marx: “Os homens fazem a história, mas o fazem em condições determinadas” (MARX apud CHAUI, 1994).

Para tanto, há diversos mecanismos no qual a violência encontra terreno firme para banalizar-se. Associado ao mito da não violência brasileira, já explanado anteriormente, Chauí (2017) também se dedicou em estudar os mecanismos que reproduzem essa fala, tais mecanismos relacionam-se diretamente com a alienação da violência.

De acordo com a autora, o *primeiro mecanismo* é o da *exclusão*: afirma-se que a nação brasileira é não violenta e que, se houver violência, esta é praticada por gente que não faz parte da nação - mesmo que tenha nascido e viva no Brasil. Esse mecanismo produz a diferença entre um *nós-brasileiros-não-violentos* e um *eles-não-brasileiros-violentos*. “Eles” (vândalos, desordeiros, bandidos) não fazem parte do “nós”, estão excluídos da gente brasileira.

O *segundo mecanismo* é da *distinção*: distingue-se entre o essencial e o acidental, ou seja, por essência, os brasileiros não são violentos e, portanto, a violência é acidental, um acontecimento efêmero, uma “onda”, ou uma doença passageira, uma “epidemia” ou um “surto” localizado na superfície de um tempo e de um espaço definidos.

O *terceiro mecanismo* é *jurídico*: a violência fica circunscrita ao campo da delinquência e da criminalidade, o crime sendo definido como ataque à propriedade privada (furto, roubo, depredação) seguindo de assassinato (latrocínio). Esse mecanismo permite, por um lado, determinar quem são os “agentes violentos” (de modo geral, ladrões e assassinos pertencentes às classes populares) e, por outro lado, legitimar a ação policial contra a população pobre, os sem-terra, os negros, os indígenas, as crianças sem infância, os moradores de rua, os favelados.

O *quarto mecanismo* é *sociológico*: atribui-se a “onda” ou “epidemia” de violência a um momento definido do tempo, aquele no qual se realiza a “transição para a modernidade” das populações que migraram do campo para a cidade e das regiões mais pobres (Norte e Nordeste) para as mais ricas (Sul e Sudeste). A migração causaria o fenômeno temporário da anomia, no qual as perdas das formas antigas de sociabilidade ainda não foram substituídas por novas, fazendo com que os migrantes pobres tendam a praticar atos isolados de violência que desaparecerão quando estiver completada a “transição”.

Finalmente, o *último mecanismo* é da *inversão do real*, graças à produção de máscaras que permitem dissimular comportamentos, ideias e valores violentos como se fossem não violentos. Assim, por exemplo, o machismo é colocado como proteção à natural fragilidade feminina, proteção que inclui a ideia de que as mulheres precisam ser protegidas de si próprias, pois, como todos sabem, o estupro é um ato feminino de provocação e sedução; o paternalismo

branco é visto como proteção para auxiliar a natural inferioridade dos negros e dos indígenas; a repressão contra os homossexuais é considerada proteção natural aos valores sagrados da família e, agora, da saúde e da vida de todo o gênero humano ameaçado pela aids, trazida pelos degenerados; a destruição do meio ambiente é orgulhosamente vista como sinal de progresso e civilização, e assim por diante (CHAUÍ, 2017, p. 39-40).

Chauí também elucidou outra categoria interessante para analisar a violência, fazendo um contraponto entre violência e ética. A ética define a figura e as ações de um sujeito ético. O que baliza as ações éticas pode ser se é uma ação justa ou injusta, e o que baliza o sujeito ético é se além de justa, a ação é racional e responsável. Dessa forma, uma ação só será ética se for consciente, livre e responsável. No agente racional, portanto ético, todos se reconhecem enquanto ser social, suprimindo a moral dessa relação. Em uma ação ética, a moral não pode reger. Se pensarmos nos conceitos já revisitados sobre a violência, como o uso da força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém, ou, como a autora cita, a violência como a presença da ferocidade nas relações com o outro enquanto outro ou por se um outro (CHAUÍ, 2017, p. 36). Ora, se isso é violência, para a autora fica claro que se opõe a ética, visto que trata seres racionais e sensíveis, dotados de liberdade, como se fossem coisas, ou seja: irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos, instrumentos para o uso de alguém (ibid., p. 36). Aqui encontramos então outra característica fundamental da violência; a determinação do *outro* como *coisa* – a coisificação do ser social.

Se uma ação injusta se opõe à uma ação ética, e, se pensarmos na violência como uma injustiça, mais uma vez fica claro a violência como oposição à ética. A violência aqui vira exercício de crueldade. Essa crueldade se intensifica quando entendemos que a ação é sempre – ou quase sempre – em relação ao “outro”. E assim como afirma Fraga (2002): “A sensibilidade humana está mutilada. E a animosidade com o Outro constitui uma base segura para a perpetuação da violência”. Quando pensamos nessa concepção de violência, associada a coisificação do outro, vemos que o fenômeno encontra força para perpetuar-se devido a subjetividade de cada um, aliada as suas experiências em uma sociedade compreendida na violência como fundadora. Conforme aborda Fraga (2002):

Resumindo: assim é que o Outro é sempre visto como um concorrente, como um inimigo em potencial. O Outro é aquele que me ameaça e que pode, como na horda primitiva, comer o alimento que serviria para mim. Em outras palavras, é o que escreveu Sartre: vivemos num mundo em que “o inferno são os outros” (FRAGA, 2002, p. 52).

Voltando um passo à discussão dos mecanismos de reprodução da violência, destaca-se nesse momento o mecanismo jurídico, que tende a reduzir a violência à criminalidade e à

delinquência. Faz-se necessário destacar, tendo em vista que essa é uma visão muito presente na sociedade. Por isso que, Sérgio Adorno já nos alertava que, quando se fala em violência, na verdade tem que se perguntar de que violência se está falando. Haja vista ser muito comum que, em geral, no debate, se reduza a questão da violência ao problema do crime cotidiano, os roubos, furtos, extorsões mediante sequestro, as atividades do crime organizado e, sobretudo, homicídios (ADORNO, 2015, p. 95).

Relacionado a isso, temos as grandes mídias que reforçam essa ideia, televisionando o espetáculo da violência. A criminalidade e a delinquência são cotidianamente televisionadas. Quando se trata de criminalidade, a violência fica clara para todo mundo. Aqui ela fica vulnerável e não temos dúvida nenhuma quanto à sua potência de causar danos. Sobre tal, Odália (2002) reflete que grandes jornais, telejornais e revistas não cansam de mostrar o “espetáculo da violência” numa sociedade espetacular. Por vezes nos leva a pensar, mesmo, que a violência é um modo de ser do homem contemporâneo, visto que as pessoas se habituaram tanto a viver com ela em nossa sociedade que ela se banalizou. Sobre a mesma temática, Minayo aborda que: “A violência dominante na consciência contemporânea é a ‘criminal’ e ‘delinquencial’. Esse tipo de fenômeno nunca teve a tolerância social, uma vez que ele fere, antes de tudo, a moral fundamental de todas as culturas” (MINAYO, 2006, p. 106).

Contudo, é necessário destacar que ao suprimir ou simplificar o fenômeno da violência à criminalidade, por exemplo, torna-se confortável, visto que quem pratica são os “outros”. “Nós” apenas assistimos. Fraga também analisou a violência sob esse viés: “[...] a novela das oito é o programa da família brasileira onde ela mesma se vê ou deseja se ver. Já nos telejornais, quem está sendo visto, quem está sendo espiado é o Outro, não a “minha” família” (FRAGA, 2002, p. 50). Ainda, a violência por via da criminalidade também revela uma das mais importantes e cruéis características de uma sociedade dividida em classes, sendo também ligeiramente associada com a população marginalizada. Sendo assim, é preciso tomar cuidado para não cair nesse reducionismo, que, conseqüentemente associa *pobreza e violência*, equivocadamente.

A diferenciação entre *violência e agressividade*, abordada por Fraga também nos parece importante para encaminhar a sistematização da violência genérica, nesse momento ao final. Nessa perspectiva, a violência é apenas uma das formas de agressividade: “Toda violência pressupõe agressividade, mas nem toda agressividade pressupõe violência, assim como toda atividade humana pressupõe agressividade, porém não violência” (FRAGA, 2002, p. 45). Essa diferenciação permite que possamos permanecer na base conceitual que entende que a violência não é inerente ao indivíduo e sim, a uma dada forma de organização social. A agressividade,

por sua vez, é uma condição necessária para a atividade humana. Fraga (2002) afirma que um ser sem agressividade é inerte e sem qualquer possibilidade de iniciativa ou defesa. Logo, confundir violência e agressividade pressupõe que ambas sejam encaradas como necessárias a existência humana.

Finalmente, após sistematizar a violência a partir de alguns conceitos, trazendo elementos do cotidiano para a discussão, cabe elucidar que, atualmente, a própria liberdade de ir e vir está atravessada pela violência. Ainda, com base em Iasi (2014), gerou-se o entendimento que, com o advento do Estado democrático, a democracia seria o pacto de exclusão da violência do fenômeno político. No entanto, o que veremos a seguir irá refutar essa concepção idealista. O fato é que, enquanto vivermos sob os moldes de uma sociedade cunhada na exploração do homem pelo homem, não conseguiremos superar esse fenômeno. A mais, destaca-se a intensificação das práticas a partir do avanço da ofensiva neoliberal, que provoca uma intensa destituição dos direitos da população, bem como uma profunda precarização das políticas públicas – políticas essas que representariam ações importantes para o enfrentamento da violência nos limites do capitalismo. O que segue a seguir procura debater a essa questão.

2.2 VIOLÊNCIA, A VELHA PARTEIRA⁸: A PRESENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA ESTRUTURAL NA SOCIEDADE CAPITALISTA

*Do rio que tudo arrasta se
diz que é violento
Mas ninguém diz violentas as
margens que o comprimem*

**Bertolt Brecht em “Do rio que
tudo arrasta”**

Começamos a explanação a respeito da presentificação da violência estrutural na sociedade capitalista, primeiramente definindo o que se entende por *estrutural*. Quando nos referimos à problemas estruturais ou conjuntura estrutural, estamos remetendo ao âmbito da própria organização da sociedade. Significa literalmente uma questão estrutural, dos pilares que a sustentam. Para esse trabalho, quando falamos em estrutural, estamos relacionando diretamente ao Estado capitalista, com a forma com que a sociedade permanece organizada. Ademais, essa estrutura compreende o âmbito econômico, político e social. Partimos também do pressuposto histórico de que toda a consolidação do capitalismo na história da sociedade,

⁸ De acordo com Marx (1983, p. 145): “a violência é a parteira de toda a velha sociedade que está grávida de uma nova”.

foi permeada por práticas violentas. Porém, com as transformações do capitalismo, principalmente a partir das crises estruturais, ao longo da história, veremos um acirramento cada vez maior das *desigualdades sociais* e, conseqüentemente, das expressões da violência estrutural. A fins de esclarecimento, conforme já sistematizado, há registros de violência em diversos outros tempos históricos, no entanto, o que se propõe analisar aqui, são as formas de violência sob a égide da sociedade capitalista. Partimos de uma breve contextualização das principais características do modo de produção capitalista, que desencadeiam nas expressões da violência estrutural.

O antagonismo entre classes pressupõe que os conflitos sejam irreduzíveis. Adentrando nos conceitos de violência estrutural, veremos, no entanto, que há uma classe que sofre em larga escala devido a esse antagonismo. Mesmo antes da instauração completa do sistema capitalista, já víamos traços de mando e obediência, que tomaram proporções perversas com o advento da “modernidade”⁹. Marilda Iamamoto salienta que essa modernidade, oriunda do grande capital, foi responsável pelo encolhimento dos espaços públicos e alargamento dos espaços privados, em que a classe dominante faz do Estado o *seu* instrumento econômico privado (IAMAMOTO, 2015, p. 37). Dessa forma, a classe dominante permaneceu como detentora dos meios de coerção. É nessa relação de oprimidos e opressores que a violência estrutural ganha corpo. A própria noção do ser civilizado ou incivilizado é uma construção social oriunda de um processo de exclusão e/ou dominação de um sujeito pelo outro. Sobre tal percepção, Darcy Ribeiro também colaborou, enfatizando a hegemonia da classe dominante, e a sua potencialidade em agravar as desigualdades:

Tudo, nos séculos, transformou-se incessantemente. Só ela, a classe dirigente, permaneceu igual a si mesma, exercendo sua interminável hegemonia. [...] não alcançam, aqui, nem mesmo a façanha menor de gerar uma prosperidade generalizável à massa trabalhadora, tal como se conseguiu, sob outros regimes, em outras áreas. Menos êxito teve, ainda, em seus esforços por integrar-se na civilização industrial. Hoje, seu desígnio é forçar-nos à marginalidade na civilização que está emergindo (RIBEIRO, 2006, p. 62).

Elias (1994) vai analisar que o processo civilizador só foi possível devido ao fato ter sido conferido ao Estado o monopólio do exercício da violência¹⁰. Esta violência deixou de ser espontânea e irracional para ser centralizada e monopolizada. Centralizada e monopolizada nas mãos da classe dominante, sob os instrumentos repressivos e de manutenção da lei e da ordem

⁹ A essa passagem, destaca-se que a modernidade foi construída a partir do “arcaico”, gerando assim uma *modernidade conservadora*. Iamamoto aborda que: “essa coexistência em temporalidades históricas desiguais faz com que a questão social presente, hoje, tanto marcas do passado quanto do presente, radicalizando-se” (IAMAMOTO, 2015, p. 37).

¹⁰ Dessa forma, ao Estado o uso da força física é legitimado e exercido a partir do poder político.

do Estado. O conceito de *violência estrutural* começou sendo abordado por Max Weber para explicar que o Estado tinha o monopólio da força, ou seja, ao Estado era legítimo o uso do poder por meio da força física¹¹. Logo o conceito foi sendo desenvolvido, sendo trabalhado em diversas áreas das Ciências Sociais e aprofundado para a ideia de que qualquer instituição pode gerar violência.

Tomando como norte a perspectiva teórica adotada para esse trabalho, calcada na teoria marxista, podemos dizer que a primeira violência que é gerada estruturalmente é a noção da sociedade dividida em classes, a noção que já pressupõe um grupo como minoria em relação a outro, bem como a violência da acumulação primitiva¹². De acordo com a teoria marxista, o capital tem o poder de transformar o trabalho livre em trabalho alienado. Por intermédio do capital, o capitalista exerce seu poder de mando sobre o trabalhador. Ainda, a dominação do Estado também é legitimada, e decorre da maneira como o Estado cria e mantém a base legal da dominação de classe. Retomamos então ao que impacta uma sociedade dividida em classes.

O modelo econômico adotado no Brasil, surge em virtude do aceleração do processo de industrialização e de produção em massa. Iamamoto (2014) aborda sobre o aprofundamento do capitalismo no Brasil, especificamente nesse contexto. A autora enfatiza o surgimento do trabalho livre, em uma sociedade em que a escravidão marca profundamente um passado recente. A separação entre homens e meios de produção passa a acontecer em grande medida e fora dos limites da formação econômica brasileira. O trabalho assalariado vai ser uma característica presente no mercado de trabalho nos moldes capitalistas e a força de trabalho formalmente livre passa a ser mais uma mercadoria como qualquer outra; a relação de compra/venda da força de trabalho transforma o sujeito em mercadoria. Dessa forma, a expropriação dos produtores dos seus meios de produção é marcada fortemente pela violência, e é justamente a partir desse momento, que temos a constituição da sociedade capitalista. Marx, relatou brilhantemente os processos de expropriação ao longo da história: “[...] grandes massas humanas são arrancadas súbita e violentamente de seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como proletários livres como os pássaros” (MARX, 1996, p. 341-342).

As consequências desse processo de expropriação mantêm-se na medida em que grande parte da população que fora expulsa de suas terras, não foi absorvida pelo mercado de trabalho nos centros urbanos. Nesse contexto, temos outra grande expressão da violência estrutural - o

¹¹ Max Weber abordou que: “Nas relações entre dominantes e dominados [...] a dominação costuma apoiar-se internamente em *bases jurídicas*, nas quais se funda a sua “legitimidade”, e o abalo dessa crença na legitimidade costuma acarretar consequências de grande alcance” (WEBER, 1982, p. 128).

¹² A acumulação primitiva e o termo usado por Marx no tomo i de *O capital* com a finalidade de caracterizar o processo político no qual se sustenta o desenvolvimento das relações capitalistas.

chamado *desemprego estrutural*¹³. Sabendo que o trabalho é central na constituição do ser social, estar desempregado, na nossa sociedade, não é um simples acontecimento. Com a divisão de classes, a classe trabalhadora sobrevive do trabalho assalariado. Em suma, devido as condições objetivas do nosso sistema estarem calcadas na exploração do trabalho e na acumulação de riqueza, é incontestável que as relações de trabalho são extremamente violentas. Silva e Carmo (2013) definem essa dinâmica como um “processo que humaniza as coisas e desumaniza os homens”.

A violência estrutural, portanto, origina-se de diversos fatores das relações sociais vigentes, diretamente relacionadas com questões de ordem conjuntural histórica. Tendo como referência Minayo (1994), a violência estrutural é objetivamente aquela que se manifesta na conjuntura social, a partir, principalmente, das estruturas e grandes instituições tradicionais – destaca-se principalmente o Estado, mas também a família e a Igreja. Conforme a autora, a violência estrutural:

Entende-se como aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte. Conforme assinala Boulding (1981), essas estruturas influenciam profundamente as práticas de socialização, levando os indivíduos a aceitar ou a infligir sofrimentos, segundo o papel que lhes corresponda, de forma “naturalizada” (MINAYO, 1994, p. 8).

De acordo com a autora, a violência estrutural é uma *deficiência evitável das necessidades humanas fundamentais*. Ela se fundamenta no contexto de extremas desigualdades sociais, onde uma parte da população é excluída e não tem acesso a direitos, o que abre espaço para a desvalorização da vida e banalização da morte e da impunidade. (MINAYO, 1994). Assim a violência estrutural nega os direitos fundamentais que consistem no direito à vida, à educação, à alimentação, à moradia, à saúde, ao saneamento básico, entre outros. A autora ainda traz que:

Uma das formas mais contundentes de violência no Brasil, que se poderia chamar estrutural e ‘estruturante’ pelo seu grau de enraizamento, são os níveis elevadíssimos de desigualdade que persistem historicamente e são o chão sobre o qual se assentam muitas outras expressões. O Brasil sempre foi marcado por ambivalências e ambiguidades de um país escravista e colonizado em que as relações sociais hoje estão entranhadas num tipo de apartheid considerado, por muitos autores, como mais iníquo que o dos Estados Unidos e o da África do Sul (MINAYO, 2006, p. 252).

¹³ Na lógica do processo produtivo, o mercado não absorve todos os trabalhadores existentes, o que se configura como o exército industrial de reserva. A não disponibilização de trabalho assalariado a todos os indivíduos materializa o ônus do sistema capitalista. Dessa forma, o desemprego é estrutural, é motriz do modo de produção vigente.

Devemos destacar aqui ainda que, não está em jogo apenas o direito básico sendo negado, atentamos ao fato de ser negado para a uma pessoa que pertence a um determinado grupo social, já vulnerável, oprimido e marginalizado aos olhos do Estado e da sociedade. O laço autoritário do Estado e, conseqüentemente da sociedade, irá evidenciar à essas questões, visto que, a democracia ainda não logrou reduzir as desigualdades num patamar em que a convivência democrática permita o respeito às diferenças e à diversidade. Em muitos momentos de exacerbação de conflitos, há um sentimento de que a sociedade funciona mal, porque ela é muito heterogênea. E que, portanto, se ela fosse mais homogênea, talvez a sociedade fosse diferente (ADORNO, 2015).

De acordo com Scherer (2018, p. 260), a forma de produção e reprodução do capital gera um processo de violência estrutural: essa manifestação de violência encontra na sociedade regida pelas ordens do capital o terreno sócio-histórico em que se manifestam as múltiplas manifestações das violências, compreendidas como um fenômeno pluridimensional. Essa interpretação caminha em encontro com Marx, que deixa claro que as relações humanas são estabelecidas a partir das condições materiais da vida, independentes de suas vontades. Em concordância com Silva (2006), Scherer (2018) explana que a violência estrutural é assim definida como o uso da força, não necessariamente física (ainda que não abdique dela quando necessário), capaz de impor simultaneamente regras, valores e propostas quase sempre consideradas naturais, normais e necessárias, que fazem parte da essência da ordem burguesa, que se materializa envolvendo, ao mesmo tempo, a base econômica por onde se organiza o modelo societário (a estrutura) e sua sustentação ideológica (a superestrutura). As condições atuais de reprodução do capital desencadeiam e alimentam muitos processos sociais violentos, bem como temperam as relações humano-mercado-lógicas entre os seres sociais, potencializando e enriquecendo as ações dos indivíduos sociais (SILVA, 2006).

O filósofo marxista Slavoj Žižek, utilizou o conceito de *violência objetiva* (ou sistêmica) para retratar a violência inerente a um sistema, enfatizando que não somente da violência física direta deve se falar, mas também de formas mais sutis de coerção que sustentam as relações de dominação e de exploração, incluindo a ameaça de violência (ŽIŽEK, 2014, p. 23-24). O autor ainda argumenta a partir de um exemplo do que seria a perversidade dessa forma de violência, abordando que vemos uma enorme degradação ecológica e muita miséria humana, no entanto, os relatórios econômicos que lemos depois nos informam que a situação econômica é “financeiramente sólida”, ou seja, a realidade não conta, o que conta é a situação do capital (ibid., p. 26). Acrescenta ainda ao conceito: “[...] a violência sistêmica, ou “ultraobjetiva”,

próprias às condições sociais do capitalismo global, que implica a criação “automática” de indivíduos excluídos e dispensáveis (dos sem-teto aos desempregados)” (ibid.).

Mauro Iasi, ao assinar o posfácio do livro de Zizek, levanta uma importante reflexão a respeito do que as expressões da violência estrutural realmente querem revelar aos sujeitos. O autor coloca que, conforme assinalou Zizek, a violência é efeito, em outros termos, é sintoma. E o sintoma seria o que a violência tem de mais real, na concepção marxista, seria a aparência real do fenômeno (IASI, 2014, p. 178). Araújo (2004), também teceu reflexões que vão ao encontro com a concepção do sintoma. Para o autor, a violência rapidamente pode ser interpretada na sua matriz estrutural no momento em que os sujeitos agem conforme a sociedade encontra-se estruturada:

Podemos dizer que o homem, em sua história, sempre foi um ser violento. Na verdade, ele sempre reproduziu a sociedade na qual está inserido. Se ela é violenta, ele também o é. Se ela é injusta, ele também o é. A violência é um sinalizador de como está estruturada a sociedade, é como a febre em um doente. Quando o homem se sente privado de seus direitos, quando as disparidades entre classes são gritantes, a violência acaba sendo instituída (ARAÚJO, 2004, p. 105-106).

Ou seja, com os elementos da violência estrutural como um sintoma do que a nossa sociedade vem produzindo há anos, e principalmente, oriunda do antagonismo entre classes, reforça-se eminentemente a relação intrínseca entre violência e Estado, como um grande gerador de danos sociais. Destaca-se que, as questões estruturais extrapolam os limites do âmbito econômico, refletindo imediatamente nas estruturas sociais, e é por esse motivo que interfere diretamente na vida dos sujeitos. O fato é, o desemprego estrutural, mencionado anteriormente, não se apresenta isolado nessa relação, justamente pelo trabalho ser a centralidade na vida dos sujeitos, sendo o que fornece condições objetivas de sobrevivência. Assim como o desemprego, a violência jamais irá se apresentar sozinha, encontrando-se em consonância com as mais diversas expressões da questão social.

A violência estrutural se desvela quando, os sujeitos que não dispõem de recursos para adaptar-se a esse modelo econômico, são imediatamente excluídos do viver em sociedade das mais diversas formas, sendo comumente taxados de “esmoleiros”, “vagabundos”, “preguiçosos” e “bandidos”. Em síntese, há um porquê disso: determinadas pessoas se beneficiam da estrutura da sociedade, que protege somente alguns, acarretando prejuízos para outros, isso se desenrolará na *exclusão social*. A categoria da exclusão social configura-se como central para entendermos o fenômeno da violência estrutural. A partir disso, rapidamente iremos identificar uma sociedade movida pela *injustiça social* e, pela *desigualdade social*. Chauí vai afirmar que as relações entre os que se julgam iguais será de cumplicidade, no entanto: “[...]”

entre os que são vistos como desiguais, o relacionamento toma a forma de favor, de clientela, de tutela ou de cooptação; e, quando a desigualdade é muito marcada, assume a forma de opressão” (CHAUÍ, 2017, p. 43). Essa é a centralidade dessa discussão.

Com base em Bourgois (2001), a violência estrutural diz respeito à forma como a organização política e econômica de uma sociedade se traduz na produção de desigualdades e opressões sociais crônicas, da pobreza à saúde, passando pelos direitos humanos e conduzindo, na maioria das vezes, a situações de sofrimento social. Exprime-se também no modo como situações de desvantagem se fixam com muito maior impacto em certas zonas e franjas da população, como a desinserção crônica em relação ao mercado formal de trabalho, o abandono escolar ou as novas formas de pobreza. Há que destacar que essa desigualdade, gera menor expectativa de vida. Isso é violência estrutural. Pessoas que são afetadas diretamente, no seu cotidiano, nos seus corpos, na sua subjetividade, pela forma como a sociedade encontra-se engendrada. Odalia afirma:

O ato rotineiro e contumaz da desigualdade, das diferenças entre os homens, permitindo que alguns usufruam à saciedade o que à grande maioria é negado, é uma violência. São os hábitos, os costumes, as leis, que a mascaram, que nos levam a suportá-la como uma condição inerente às relações humanas e uma condição a ser paga pelo homem, por viver em sociedade. Agimos como se a desigualdade fosse uma norma estabelecida pela natureza da sociedade e contra a qual pouco é possível, enquanto o “mundo for mundo (ODALIA, 2017, s/p).

Ainda com base em Chauí, podemos afirmar as lacunas no Estado dito democrático, entendendo que democracia pressupõe equidade e justiça social. A autora, ao fazer o contraponto entre violência e ética, não poupou esforços em fazer a mesma relação entre violência e democracia. A autora destaca que a violência se opõe à política democrática, assinalando:

[...] é evidente que a violência se opõe à política democrática, uma vez que esta se define pela figura do sujeito político como sujeito de direitos que age pela criação e conservação de direitos contra a dominação dos privilégios, e impede o poder exercido pela força, pela opressão, pela intimidação, pelo medo e pelo terror (CHAUÍ, 2017, p. 36).

Dessa forma, a violência estrutural promove indagações inclusive do que diz respeito à democracia consolidada no nosso país. Afinal, se violência se opõe à democracia, que regime representa nosso Estado? Chauí ainda teceu críticas no que tange os direitos e a democracia. Destacou que onde houver privilégios, não há democracia. Essa questão nos é importante para não deixar lacunas no que tange os direitos conquistado da população. O direito sempre irá se opor aos privilégios. No entanto, o que vemos é uma classe dominante carregada de privilégios, enquanto assistimos a uma classe trabalhadora suplicando por acesso aos seus direitos

fundamentais. Essa questão também vai revelar as expressões cruéis da violência estrutural. Sérgio Adorno (2017) aborda que avançamos desde o último governo arbitrário (Ditadura Militar) no sentido dos direitos sociais, no entanto, ainda lidamos com a violência como se fosse algo normal nas relações sociais. Parte desse processo encontra explicação no não entendimento das violações de direito como violência. Dessa forma, lutar contra a violência é lutar pelos Direitos Humanos.

A cultura autoritária do Estado tem se revelado, na forma como se tem exercido as práticas de controle e manutenção da ordem¹⁴, o modo como se interage com os conflitos sociais e os atores coletivos, a forma como se tem sujeitado vontades coletivas. Conforme afirma Luís Fernandes: “Se reconhecemos, enquanto sociedade, que há pessoas, grupos e territórios excluídos, é porque admitimos existir um conjunto de mecanismos que colocam em situação de grande dificuldade esses indivíduos, grupos e territórios” (FERNANDES, 2014, p. 179). Logo, a violência estrutural encontra campo fértil para perpetuar-se em larga escala em um Estado regulado pelo mercado financeiro e internacional e pela classe dominante que detém a riqueza acumulada. Para vias de dados, ressalta-se: sob a égide de um Estado onde o rendimento do 1% mais rico é 33,7 vezes o que recebe metade da população mais pobre. Quanto ao índice de Gini, no Brasil chegou a 0,533 no ano de 2018. O Brasil enquadra a lista dos 10 países mais desiguais do mundo¹⁵. Haja vista, conforme afirma Fraga: “A vigência da mercadoria é igual à vigência do ser social dilacerado” (FRAGA, 2002, p. 51).

A desigualdade, o desemprego, as opressões, etc., e a violência se retroalimentam em um ciclo vicioso. Podemos dizer, em um caráter dialético, que ambas contêm e são contidas. O desemprego produz desigualdade na mesma medida que a desigualdade produz desemprego. As opressões produzem violência, na mesma medida que a violência produz opressão. Não há como separar. Esse caráter dialético encontra-se imbricado na perversidade do sistema. Em todas essas relações há um processo violento contra os sujeitos. Ainda, vivenciar uma situação de extrema pobreza na mesma medida em que é uma violência, é também uma violação. Dessa forma, nenhuma dessas categorias encontra-se isolada. Na medida em “que sofro” com a situação de pobreza, “sou” violentada pela desigualdade social, pela fome, pelo não acesso aos

¹⁴ Sobre tal, destaca-se o uso da intensa repressão das forças policiais por parte do Estado, que atingem majoritariamente os grupos marginalizados, inclusive com recorte de étnico-racial. Sérgio Adorno (2002) aborda: “O fim do regime autoritário havia deixado mostras de que a violência institucional sob a forma de arbítrio do Estado contra a dissidência política não se restringia à vigência do regime de exceção. Há muito, desde os primórdios da República, trabalhadores urbanos pauperizados eram vistos como pertencentes às classes perigosas e passíveis de estreito controle social que incluía detenções ilegais, aplicação de torturas e maus tratos nas delegacias e postos policiais e perseguições arbitrarias” (ADORNO, 2002, p. 108).

¹⁵ Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018.

direitos e, inclusive, pela exclusão social a qual “estou” submetida. A estrutura escolhe a qual papel social “serei” submetida, determinando inclusive que espaços “posso” acessar. Chauí (2017), aborda de maneira direta como a violência gerada estruturalmente funciona cotidianamente:

A violência está de tal modo interiorizada nos corações e nas mentes que a desigualdade salarial entre homens e mulheres, entre brancos e negros, a exploração do trabalho infantil e dos idosos são considerados normais. A existência dos sem-terra, dos sem-teto, dos desempregados é atribuída à ignorância, à preguiça e à incompetência dos “miseráveis”. O extermínio de nações indígenas é visto como necessário para o progresso da civilização, que precisa eliminar os “bárbaros” e “atrasados”. Os acidentes de trabalho são imputados à incompetência e ignorância dos trabalhadores. As mulheres que trabalham (se não forem professoras, enfermeiras ou assistentes sociais) são consideradas prostitutas em potencial, e as prostitutas, degeneradas, perversas e criminosas, embora, infelizmente, indispensáveis para conservar a santidade da família (CHAUÍ, 2017, p. 48).

Constata-se, a partir disso, que a violência estrutural corrobora com a divisão entre os sujeitos, é algo que nos divide. Ainda, conforme destaca Sérgio Adorno (2017), há pessoas que podem viver moralmente na sociedade e outras que não. Com essas que não podem, há algo que legitima o corpo como um corpo que pode ser violado, com violência. É a estrutura capitalista, nesse caso, quem legitima, a partir dos aparelhos de repressão do Estado. Os sujeitos sociais, portanto, são vítimas de mecanismos segregacionistas que operam a partir do racismo, da xenofobia, desigualdade no acesso aos recursos, desigualdade no acesso aos direitos e, inclusive, mecanismos de não acesso aos direitos constitucionais. Essa dicotomia ainda revela que uns têm direitos, outros não, uns são civilizados, outros são bárbaros. Finalmente, ao vivenciar cruelmente essa realidade, a população que vivem às margens carregam os estigmas da suspeita, da culpa e da incriminação permanentes. A violência contra essa população é dupla, ou tripla.

Flávia Schilling, que estudou a respeito da sociedade da insegurança ainda afirma que: “São reflexos da sociedade da insegurança nos setores mais vulneráveis: jovens, meninos e meninas, convivendo com o medo de não serem “nada na vida”, “ninguém” (SCHILLING, 2004, p. 56). O que isso revela? A partir da violência estrutural, milhares de pessoas não tem acesso à moradia, à educação, a saúde, ao pleno emprego, conseqüentemente despende de menor expectativa de vida. Pessoas são afetadas diretamente, no seu cotidiano, nos seus corpos, na sua subjetividade, pela forma como a sociedade encontra-se engendrada. Negros e negras, mulheres, periféricos e periféricas, homossexuais, indígenas sofrem diferente com a violência. Os corpos vivem diferente a violência. Isso é violência estrutural. O sistema determina a violência contra os chamados “desfavorecidos”. As condições externas irão impedir, inclusive que certas pessoas tenham felicidade ou encontrem perspectiva e sonhos. Redundantemente, há

setores que se beneficiam da violência estrutural, para isso é preciso que cada vez mais pessoas tenham menos condições. Inclusive menos esperança. Menos perspectiva. Schilling ainda questiona: “Quais são os projetos de vida que podem ser desenvolvidos em regiões geográficas e socialmente de inclusão-exclusão precária e instável? Quais são as perspectivas de futuro?” (SCHILLING, 2004, p. 52).

Juntamente com essa questão, veremos que a classe trabalhadora também é identificada como a classe que mais produz violência. Principalmente por via da criminalidade. Portanto, outro aspecto estruturante é, com efeito, a *criminalização da pobreza*. Ora, o mesmo Estado que dispõe de precárias condições de subsistência a população, que reage com uma cruel repressão as classes marginalizadas, também reforça um estigma perverso. Minayo (2006), aborda: “Há, então, um círculo vicioso que alimenta as relações de acirramento entre os pobres que se sentem à mercê da violência social e os ricos que os tratam como se fossem ‘criminógenos’ e deles se isolando cada vez mais” (MINAYO, 2006, s/p). Novamente, esse estigma agrava ainda mais a exclusão social. No entanto, enquanto reduzimos o fenômeno da violência com o fenômeno da pobreza, veremos a contradição existente também nessa relação. Ao mesmo tempo que estigmatiza-se a população pauperizada como maior produtora de violência, por via da criminalidade, vê-se que essa constitui-se também como a população mais vitimizada pela violência por via de homicídios, por exemplo. Ou seja, quando nós mesmos sabemos e dizemos que a maioria das vítimas dos homicídios no Brasil, são jovens negros e pobres, estamos querendo dizer com isso que já há um processo punitivo aqui, só que pior ainda, sem fundamento legal. Sérgio Adorno (2015) aborda:

Alguma coisa mudou no sistema brasileiro, quer dizer, certo limite moral foi rompido, e quando isso acontece, significa que você não é mais solidário com a dor e com o sofrimento do outro. E, em última instância, que não considera o outro pertencente à humanidade. Então a vida dele pode ser dispensada. O ódio justifica isso (ADORNO, 2015, p. 97).

Finalmente, outra questão importante surge da dinâmica estrutural. Vimos que a desigualdade social acentua e nos divide cada vez mais. Com isso, diversos autores irão chamar a atenção de que as guerras dentro da mesma classe social, fazem parte da ideologia dominante. Ou seja, enquanto entre nós incitamos brigas homéricas e erguemos muros, quem incita essa guerra encontra-se confortável, pois a lógica prevê tamanha crueldade. Por conseguinte, vemos a perpetuação de alguns valores centrais na atualidade, a partir da alta competição intraclasses que o capital vai provocar: o individualismo e a fragmentação da classe trabalhadora vão ser valores centrais no seio da sociedade. Visto tamanha miséria que a população se encontra, agravando a necessidade de obter um meio de subsistência, o outro virará inimigo. Devo

competir com os sujeitos. Essa ideia reforça uma individualidade tremenda, agrava conflitos pessoais, que, como não prevemos a solução de conflitos, gerarão violência. Odalia vai afirmar que uma das principais consequências do individualismo e a da fragmentação a que os sujeitos são submetidos é que essas são: “[...] manejadas como instrumento de domínio e violência, impondo a ausência de qualquer sentimento de solidariedade, que não seja o existente em grupos relativamente pequenos” (ODALIA, 2017, s/p). Volta-se ao que Sérgio Adorno nos sinalizou anteriormente: a violência, por meio da desigualdade social nos divide cada vez mais. Dessa forma, como romper com essa dinâmica? Nilo Odalia ainda irá acrescentar:

A institucionalização da miséria, do sofrimento, da dor, da indiferença pelos outros, da ignorância, do não saber sobre si e sobre sua sociedade, não ocorre porque o homem é mau – uma ave de rapinam nas palavras de Oswald Spengler – mas pelo simples fato de que uma sociedade estruturada para permitir que a competição, o sucesso pessoal individualizado, sejam os parâmetros de aferição do que o homem é, não pode, evidentemente, preparar o homem para ver no seu semelhante outra coisa que não um concorrente ou uma presa a ser devorada (ODALIA, 2017, s/p).

A partir do que foi dissertado até aqui, urge, por fim, uma breve explanação, a partir de dados quantitativos, da materialização da desigualdade social vivenciada por certos grupos sociais, no que tange suas vivências com a violência. Destacamos a escolha da apresentação desses dados justificada no objetivo e desejo de salientar os danos sociais da violência estrutural na ordem do vivido, do cotidiano. Embora os dados concentrem-se, em maior escala, em violência resultante de homicídios, esses demonstram como a desigualdade social coloca em maior exposição certos grupos.

2.2.1 A caracterização da violência estrutural no Brasil quantificada na desigualdade social a partir dos marcadores sociais de *gênero, raça-etnia e classe*

*“E somos Severinos,
iguais em tudo na vida.
Morremos de morte igual,
da mesma morte Severina,
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte,
de fome um pouco por dia”.*

**João Cabral de Melo Neto, em
“Morte e Vida Severina”**

O 1% mais rico da população concentra 28,3% da renda total do Brasil. Ou seja, quase 1/3 da renda do País está nas mãos dos mais ricos, visto que os 10% mais ricos concentram

41,9% da renda total (IBGE, 2019). Começamos o item trazendo esse dado levantado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE no ano de 2019. Dado esse que tudo tem a ver com o que propusemos discutir a respeito da violência estrutural, a partir do antagonismo de classes. Ao abrir o leque da desigualdade social, iremos identificar em larga escala, disparidades específicas da presentificação da violência no que tangem alguns grupos populacionais, que correspondem as categorias de *gênero*, *raça-etnia* e *classe* no nosso país. Diversos estudos demonstram que tais grupos populacionais se encontram em desvantagem na nossa sociedade, inclusive no que tange a exposição à violência. A violência estrutural perpassa, inevitavelmente, pelo processo de desqualificar essa população, colocando-os em exclusão e, conseqüentemente, em maior risco. Iremos observar, no próximo capítulo, que esses mesmos grupos populacionais encontram ainda desvantagem no que tange as desigualdades em saúde, sendo afetados de diferentes maneiras na produção de saúde, em função da sua condição enquanto sujeito nas relações sociais. Ora, a essa questão não podemos tratar deslocada da violência estrutural, se pensarmos que a desigualdade social é uma das suas principais e perversas manifestações.

Como já visto anteriormente, há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis (BARATA, 2009, s/d). Observamos atualmente o avanço do capitalismo, em um processo de intensa financeirização e capitalização da vida social, que conseqüentemente acentua os níveis de desigualdade. Se com as crises do capitalismo o próprio sistema se reinventa e se fortifica, é nesse processo que ele se reproduz, se mantém. Contudo, é também nesse processo que verificamos a excessiva pauperização, ou, trazendo para um fenômeno em ascensão na atualidade, a ardente precarização do trabalho, que reverbera em toda a reprodução da vida dos sujeitos. Minayo (2009) já referia que a violência diz respeito às mais diferentes formas de *manutenção* das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras, se constituindo como um elemento catalizador das mais variadas formas de violência.

Para essa discussão, serão utilizados dados do Atlas da Violência, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA anualmente, do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, organizado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, que também levanta dados referentes ao desenvolvimento da violência no país, também dados indicativos de desigualdade social, todos levantados em pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística – IBGE. Ambos os materiais escolhidos categorizam os dados de violência quanto as categorias que ressaltamos – *gênero, raça-etnia e classe*.

Portanto, no que tange as práticas violentas relacionadas ao gênero, para esse estudo, especificamente contra pessoas do gênero feminino, de acordo com o Atlas da Violência de 2019, houve um crescimento expressivo de 30,7% no número de homicídios de mulheres no país durante a década em análise (2007-2017), assim como no último ano da série, que registrou aumento de 6,3% em relação ao anterior. Já de acordo com o Atlas da Violência de 2020, iremos analisar que entre 2017 e 2019 houve uma queda de 9,3% na taxa de homicídios contra mulheres. No entanto, embora o ano de 2018 tenha apresentado uma tendência de redução da violência letal contra as mulheres na comparação com os anos mais recentes, ao se observar um período mais longo no tempo, é possível verificar um incremento nas taxas de homicídios de mulheres no Brasil e em diversas Unidades Federativas (UFs). Entre 2008 e 2018, o Brasil teve um aumento de 4,2% nos assassinatos de mulheres. Enfatiza-se que, de acordo com as notificações no Sinan¹⁶, o tipo de violência mais notificado é a violência física (64,8%), seguida da violência psicológica (25,7%), negligência (11,6%) e violência sexual (11,3%).

Há que se destacar que, de acordo com as análises realizadas pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o feminicídio traz consigo uma série de complexidades que intensifica a problemática resultante do ato letal em si, podendo observar que esse tipo de violência pode gerar diversas outras questões importantes a nível de vulnerabilidade, desigualdade social e consequências a nível de saúde. Ou seja, uma violência dessa tipologia, pode frequentemente atenuar a violência estrutural de todo o entorno:

Os feminicídios são crimes que não só cessam vidas de mulheres, mas produzem também muitas vítimas de forma indireta. São homicídios que podem deixar crianças órfãs de mães e com pais eventualmente presos ou foragidos. Em alguns casos ligados à violência doméstica, as violências são perpetradas na presença dos filhos crianças ou adolescentes, o que provoca uma série de traumas psicológicos. Além dos resultados mencionados, os filhos que se veem desamparados financeiramente pelos progenitores podem enfrentar uma série de dificuldades socioeconômicas acrescidas aos problemas emocionais (PEREIRA *et al*, 2019, p. 110).

Ainda, ao analisar os dados na sua qualidade, torna-se visível o caráter estrutural da violência de gênero, uma vez que se encontra relacionada e ainda imbricada em uma construção sócio-histórica patriarcal, que fora aderida pelo modo de produção capitalista e ainda, reproduzida e readaptada com as transformações deste. Dessa forma, a opressão de gênero é mais um elemento estruturante da sociedade capitalista, que ajuda a mantê-la em pleno

¹⁶ O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

funcionamento, visto que mantém a lógica de uma supremacia, podendo o outro ser explorado, nesse caso as mulheres, em maior proporção. Sobre tal:

De acordo com as Diretrizes para investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres, são condições estruturais das mortes violentas de mulheres por razões de gênero: o sentimento de posse, o controle sobre o corpo e autonomia da mulher, a limitação da emancipação profissional, econômica, social e intelectual da mulher, seu tratamento como objeto sexual e a manifestação de desprezo e ódio pela mulher (PEREIRA et al, 2019, p. 113).

Ao relacionar a categoria *gênero* com a categoria *raça-etnia* iremos obter outros indicativos, o que reforça o caráter da desigualdade como determinante nesse quesito. De acordo com dados do Atlas da Violência de 2020, verifica-se que para as mulheres negras, as taxas não são as mesmas e não apresentem redução da mesma forma, acentuando mais ainda a desigualdade racial. Se, entre 2017 e 2018, houve uma queda de 12,3% nos homicídios de mulheres não negras, entre as mulheres negras essa redução foi de 7,2%. Analisando o período entre 2008 e 2018, essa diferença fica ainda mais evidente: *enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras caiu 11,7%, a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4%*. Ainda, no ano de 2018, 68% das mulheres assassinadas eram negras. Outro dado levantado pelo Anuário, que agora permite que reunamos *gênero, raça-etnia e classe* traz que, 70,7% das mulheres assassinadas possuíam como nível de escolaridade somente o ensino fundamental.

Os indicativos a respeito de *raça/cor*, relacionados com *classe* também se tornam visíveis quando observamos que, entre os 10% da população brasileira, com *menores rendimentos mensais*, 75,2% são pretos ou pardos (IBGE, 2018). Esse indicativo social demonstra a desigualdade econômica, que está diretamente relacionada com a desigualdade racial. Ademais, uma pessoa que se encontra em situação de desigualdade social, dificilmente vivencia apenas uma expressão de desigualdade, geralmente uma leva a outra, tendo em vista que estão contidas umas nas outras. Historicamente a população negra vivencia uma situação de pobreza em maior escala do que a população branca. É no racismo estrutural¹⁷ que essas questões se encontram. Outro dado importante para nosso estudo demonstra que, das pessoas residentes em domicílios com ocorrência de inadequações nas condições de moradia, como ausência de esgotamento sanitário, por exemplo, 42,8% são pretos ou pardos, enquanto 26,5% são brancos. A taxa de analfabetismo também é um dado que escancara as diversas implicações

¹⁷ De acordo com Silvio Almeida (2020), na dimensão estrutural, o autor esclarece que as instituições somente são racistas, porque a sociedade também o é, ou seja, as estruturas que solidificam a ordem jurídica, política e econômica validam a autopreservação entre brancos, bem como a manutenção de privilégios, uma vez que criam condições para a prosperidade de apenas um grupo. Como resultado, as instituições externam violentamente o racismo de forma cotidiana.

de não acesso à educação em relação a desigualdade social, tendo em vista que das pessoas com 25 anos ou mais de idade, que se declaram sem instrução, 9,1% são pretos ou pardos, enquanto 4% são brancos. Apenas 10% da população, da faixa etária referida, com acesso ao ensino superior, são pretas ou pardas (IBGE, 2018)¹⁸. A respeito da violência sexual, por exemplo, de acordo com dados do Sinan, a porcentagem de notificações de atos cometidos contra mulheres pretas e pardas soma 56%, na faixa etária de 13 a 19 anos, faixa etária cuja demonstra maiores índices.

Os indicadores apresentados demonstram como a violência estrutural, expressada principalmente pelo desemprego estrutural, desigualdade e exclusão social, determina quem sofrerá em maior grau com o fenômeno, ou, como a violência se manifesta com certa especificidade, devido a sua condição como sujeito. Ao destacar a categoria étnica-racial, iremos observar que uma das principais expressões das desigualdades raciais existentes no Brasil é justamente a grave concentração dos índices de violência letal na população negra. Enquanto os jovens negros figuram como as principais vítimas de homicídios do País e as taxas de mortes de negros apresentam forte crescimento ao longo dos anos, entre os brancos os índices de mortalidade são muito menores quando comparados aos primeiros e, em muitos casos, apresentam redução (IPEA, 2020).

De acordo com os dados apresentados no Atlas da Violência de 2020, vemos que as desigualdades raciais se aprofundaram ainda mais, com uma grande disparidade de violência experimentada por negros e não negros. Entre 2008 e 2018, as taxas de homicídio apresentaram um aumento de 11,5% para os negros, enquanto para os não negros houve uma diminuição de 12,9%. Outro dado que complementa essa informação, é o dado apresentado pelo Anuário, referente a mortes decorrentes de intervenções policiais, na qual 75,4% das vítimas eram homens negros. Devido a profunda desigualdade racial observada no país, os dados de raça e classe se cruzam na grande maioria dos indicadores. Sobre tal, Barata (2009) evidencia:

Raça ou etnia é uma importante dimensão da estratificação social que se relaciona de maneira complexa com a classe social, refletindo principalmente a distribuição de poder entre os grupos sociais no interior de uma dada sociedade. Frequentemente as diferenças entre os grupos raciais estão fortemente associadas às condições socioeconômicas e tendem a desaparecer quando essas são controladas para efeito de análise (BARATA, 2009, s/p).

¹⁸ Todos os dados citados estão disponíveis nos indicativos de Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil, realizado pelo IBGE no ano de 2018, disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/10091/0>>

Ao pensar sobre a violência, portanto, é preciso sempre delimitar de que violência estamos falando e mais, a que vítima, a que grupo populacional estamos referindo. De acordo com o relatório elaborado pelo IPEA:

[...] em quase todos os estados brasileiros, um negro tem mais chances de ser morto do que um não negro, com a exceção do Paraná, que em 2018 apresentou taxa de homicídios de não negros superior à de negros. Assim, quando o assunto é vulnerabilidade a violência, negros e não negros vivem realidades completamente distintas e opostas dentro de um mesmo território. Alagoas, para citar o exemplo mais emblemático, é o estado que apresenta maiores diferenças de vitimização entre negros e não negros, com taxas de homicídio de negros sendo 17,2 vezes maiores do que a de não negros (IPEA, 2020, p. 48).

No caso da violência de *gênero*, outro aspecto importante a ser destacado é o fato de muitas mulheres enfrentarem dificuldades para romper com o ciclo da violência uma vez que se encontram dependentes financeiramente dos companheiros homens. Ora, esse aspecto de dependência econômica está diretamente imbricado nas estruturas sociais. Sabe-se da intensa desproporção salarial entre homens e mulheres, oportunidade de emprego e até mesmo condições de inserir-se no mercado de trabalho, visto que, mulheres mães, por exemplo, que vivenciam a vulnerabilidade social, frequentemente encontram dificuldade de inserção dos filhos em educação básica. A própria desqualificação do trabalho realizado por mulheres é uma questão histórica e estrutural, que até hoje enfrenta os traumas de um passado opressor e perverso. De acordo com Federici (2017): “[...] dizia-se até mesmo que qualquer trabalho feito por mulheres em sua casa era ‘não trabalho’ e não possuía valor, mesmo quando voltado para o mercado” (p. 182)¹⁹. Com isso, o casamento era visto como um plano de carreira para as mulheres, pois sabiam que sozinhas não conseguiriam sobreviver. O que segue dessa narrativa, que começa no século XVII, é a intensificação da pauperização das mulheres, bem como associação dessas com as práticas de prostituição, o que observamos até hoje. De acordo com Barata (2009):

Para as camadas da população vivendo em condições de exclusão social, os comportamentos violentos aparecem muitas vezes como reafirmadores de identidade. A frustração das expectativas, associada ao desemprego crônico e à falta de participação na vida social, acaba por produzir sentimentos de marginalização e diminuição da autoestima, potencializados pela vivência da extrema situação de desigualdade, concorrendo para maior exposição e vitimização dos moradores das áreas periféricas mais pobres (BARATA, 2009, s/p).

Por fim, dados a respeito da geração de emprego e renda também são fundamentais para materializar a violência estrutural. Como já citado anteriormente, o desemprego estrutural é uma das expressões mais latentes do fenômeno. Bem como a informalidade, e o trabalho não-

¹⁹ Ver FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2017.

pago, no caso das mulheres. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD contínua), realizada pelo IBGE no ano de 2019, o recorde da taxa da informalidade foi alcançado em agosto de 2019, onde 41,4% da população brasileira encontrava-se nessa situação. Ainda de acordo com a PNAD contínua de 2019, teremos o indicativo de que 104 milhões de brasileiros viviam com 413 reais mensais, valor expressivamente abaixo do salário-mínimo, por exemplo.

De acordo com a Agência Brasil, dados divulgados pelo IBGE no corrente ano (2020), 12,3 milhões de brasileiros encontravam-se desempregados. Salienta-se que a população com idade para trabalhar, com 14 anos ou mais, soma 172 milhões de pessoas (Agência Brasil, 2020). Conforme pesquisa realizada pela Oxfam Brasil (2020), no que tange o trabalho em relação às mulheres, essas fazem mais de 75% de todo trabalho de cuidado não remunerado do mundo. Com isso, frequentemente trabalham menos horas em seus empregos ou tem que abandoná-los por causa da carga horária com o cuidado. Em todo mundo, 42% das mulheres não conseguem um emprego porque são responsáveis por todo o trabalho de cuidado. Entre os homens, esse percentual é de apenas 6%. Esse dado evidencia o acúmulo de tarefas delegado estruturalmente às mulheres, bem como a dependência financeira para com os homens.

Todas as consequências advindas da informalidade e do desemprego irão compor a violência estrutural contemporânea. É sabido que o trabalho é categoria central na vida dos sujeitos, constituinte do ser social, portanto, estar em situação de desemprego não é uma situação isolada e, interfere em todos os outros âmbitos da vida social. Já a situação de informalidade acarreta na super-precarização do trabalhador, no não acesso a direitos trabalhistas básicos e, exigindo que o trabalhador realize maior carga horário para conseguir suprir suas necessidades básicas. Atenta-se também para a ideologia do capital que camufla a informalidade como um potencial de empreendedorismo e autonomia dos trabalhadores, o que se desmistifica na realidade social.

Podemos concluir que diferente sujeitos experienciam diferentemente o fenômeno da violência na sociedade capitalista devido a posição social que ocupam na mesma. Uma vez que *gênero, raça e classe* determina quem morre e como morre, observamos também que aqui a violência é sempre dupla, ou tripla. São populações que já vivenciam cotidianamente a violência estrutural e, em altos níveis, morrem devido à violência letal, homicídios, principalmente. São sujeitos que estão expostos em maior profundidade à violência das ruas, seja pela intensificação das guerras nas favelas, seja pelo perverso genocídio dos jovens negros periféricos, seja pela obsessão de controle dos corpos das mulheres.

Portanto, ao entrar em contato com os dados, verificamos com veemência as desigualdades existentes no seio da sociedade brasileira. Por conseguinte, populações em desvantagem social estão diretamente relacionadas com a exposição a violência estrutural, ou mais, vivenciam cotidianamente, por sua própria existência, tais expressões. Ainda, diversos dos dados trazidos relacionam-se com o não acesso a direitos básicos, como educação, saneamento, moradia e emprego, por exemplo. Conforme já discutido no item anterior, a violência estrutural camufla-se no não acesso a direitos, e a mais, no privilegiamento de certas camadas da população. Retomo que, onde há privilégios, não há democracia no acesso a direitos, onde não há acesso a direitos, há um povo desassistido em detrimento de outros e, sem dúvidas, estamos falando de uma violência produzida nas estruturas do modo de produção capitalista. Finalmente, concordamos com Demo (1996), quando afirma que:

Sociedade injusta é aquela que não só se dá a práticas da injustiça, mas que sobretudo dela se alimenta. Daí provém sua indignidade, quando a maioria trabalha para o bem-estar da minoria, ou morre de indigência às portas do fausto. Mesmo que a desigualdade social seja componente estrutural da história – parece -, qualidade política é precisamente a arte de construir uma sociedade que, na unidade de contrários, não estabelece como regra extremos da exploração (DEMO, 1996, p. 49-50).

O que vimos até aqui, demonstra como a forma como a sociedade encontra-se organizada pode ser um potencial cruel de produção de violência em larga escala. Sistemáticamente, a violência estrutural será toda aquela manifestação que provoca *exclusão* e *desigualdade*. Como vimos, essas manifestações passam pelo desemprego, pelas múltiplas formas de opressão e até pelo individualismo sutil do dia a dia. O que queremos daqui para a frente, é relacionar essas manifestações da violência estrutural, com a produção de saúde. Bonvincini e Silva (2015), dissertaram sobre as manifestações da violência e a promoção da saúde:

A violência, seja qual for sua manifestação, é sempre uma derrota à dignidade da vida, à liberdade do ser humano. Há o crescimento desenfreado da incidência da violência em escala global, impactando diretamente a vida das pessoas e das coletividades. Notoriamente, reconhece-se que se trata de um problema de saúde pública, tendo em vista que seu conceito diz respeito a qualquer ato que comprometa a integridade física ou psicológica, causando danos a quem sofre (BONVINCINI; SILVA, 2015, p. 78-79).

O setor saúde tem sido chamado para responder às questões de violência cotidianamente. Mas questiona-se: de que forma, verdadeiramente, a violência estrutural impacta na produção de saúde? Ou, de que forma as desigualdades sociais interferem no processo saúde-doença? Seremos provocados a refletir sobre essas perguntas durante o terceiro Capítulo da monografia. De fato, quando tomamos como ponto de partida o conceito ampliado

do processo saúde-doença, desde a Declaração Alma-Ata (1978), “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, veremos que as determinações sociais impactam diretamente na produção de saúde.

Adianta-se que, de acordo com Sanchez e Minayo (2006), a intervenção específica do setor saúde nesse sentido deve ser feita para reduzir e eliminar as desigualdades em saúde, ampliar o acesso e a qualidade da atenção. Ainda, no âmbito da cidadania, os profissionais devem se engajar nos processos políticos de modo a contribuir para a transformação social (SANCHEZ; MINAYO, 2006, p. 31). Portanto, as discussões que seguirão na monografia darão conta de refletir acerca dos impactos do fenômeno violência na saúde, sistematizando os estudos a respeito do conceito ampliado do processo saúde-doença, um breve resgate histórico de como a violência entrou para a pauta da Saúde Pública, e após, tecendo as análises específicas a respeito da violência estrutural como um agravo em saúde, destacando os determinantes sociais de saúde e as desigualdades de gênero, raça e classe em saúde.

3 SAÚDE É DEMOCRACIA²⁰: A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E AS INTERFACES COM A VIOLÊNCIA

[...] o exame revelou que não tinha febre, nem dor em nenhuma parte, e a única coisa que sentia de concreto era uma necessidade urgente de morrer. Bastou ao médico um interrogatório insidioso, primeiro a ele e depois à mãe, para comprovar uma vez mais que os sintomas do amor são os mesmos do cólera.

Gabriel García Márquez em “O amor nos tempos do cólera”

Desde 1947, o conceito defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com ampla divulgação e conhecimento da área, define a saúde como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Com base com Narvai e São Pedro (2008, p. 308), esse conceito foi, e ainda é, bastante criticado e, portanto, encontra-se em disputa. Uma das muitas críticas a esse conceito, que apesar de tudo é o mais conhecido entre os profissionais do setor saúde, é a de que é utópico, pois “completo bem-estar físico, mental e social” é uma condição muito difícil, senão impossível, de se alcançar (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008). Ainda de acordo com os autores, a afirmação da saúde como algo diferente do que simplesmente não apresentar enfermidade destoa do senso comum. Para as pessoas, salvo exceções, tem saúde quem não está doente ou enfermo, e poucos se ocupam do tema além disso. Para o senso comum, doença e enfermidade significam a mesma coisa (p. 308).

Nossa proposta para este item é aprofundar o debate a respeito do conceito de saúde e doença, até aproximarmos ao conceito da determinação social da saúde, ou seja, o que se entende por saúde e doença conforme as transformações da sociedade, visto que, o conceito de saúde, utilizado aqui por nós, encontra-se amparado na realidade social concreta e dinâmica. No entanto, inicialmente realizaremos um breve resgate da construção da política pública de Saúde no Brasil a partir de seus aspectos históricos memoráveis e estruturantes. Destacamos

²⁰ Título em alusão ao discurso de Sérgio Arouca na abertura da XVIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986.

que a própria construção desta política pública nos leva a identificar as disputas teóricas e metodológicas existentes até hoje no seio desta.

Partiremos do contexto datado nas décadas de 1920 e 1930, onde vivenciava-se uma questão social expressada pelo intenso pauperismo da época, visto a mudança de um Brasil de modelo agroexportador para um modelo urbano industrial. O processo de industrialização acelerada, sob domínio do capital, teve como consequência, a ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de trabalho, de higiene, saúde e habitação. Dessa forma, foi necessário transformar em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação (BRAVO, 2000). Com isso, a saúde emerge como expressão da “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado (ibid.).

Até então, com a Lei Elói Chaves, criada em 1923, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)²¹ é que forneciam algum tipo de assistência médica à população, porém somente para os trabalhadores ferroviários que, posteriormente fora ampliada para os trabalhadores portuários e marítimos, segmentos de interesse para o caráter agroexportador do Brasil na época. Com o advento da industrialização e do trabalho assalariado, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), segmentada por categoria de trabalhadores. As IAPs funcionavam na lógica da assistência médica contributiva, ou seja, apenas para os trabalhadores urbanos com carteira assinada.

Ao chegar no contexto datado em 1960, em um período que antecede a Ditadura Militar no Brasil, a população pedia por mudanças estruturais de organização e gestão do País. Já durante a Ditadura Militar de 1964, houve o aumento do papel regulador do Estado e a exclusão dos trabalhadores e empregadores da gestão da previdência. Esse período, no âmbito da saúde, é denominado de modelo médico-assistencial privatista, marcado pelo crescimento da indústria farmacêutica, dos equipamentos médico-hospitalares e pela elite como proprietária dos grandes hospitais, bem como o advento dos planos de saúde (saúde suplementar). Segundo Bravo (2007), essa estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, visando o lucro, já estava montada a partir dos anos 1950. Acontecia, naquele momento, um movimento de capitalização

²¹ A partir das CAPs os trabalhadores tinham a concessão de benefícios e prestação de serviços como a assistência médica e farmacêutica. Esses serviços eram organizados por empresas e financiados pelos empregados e empregadores, em uma relação bipartite. As práticas campanhistas permaneciam na assistência médica, com a lógica preventiva de combate às endemias.

em cima da doença. É nesse período histórico que a prática médica curativa, o controle dos corpos e a preocupação apenas com o corpo físico são consolidadas, sendo estendidas essas práticas até a contemporaneidade, como veremos. Ainda:

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. (BRAVO, 2007, p. 6)

Em meio a uma lógica de saúde privatista e reducionista, onde o sistema de saúde até então se dividia entre a medicina previdenciária e a saúde pública, a partir das décadas de 1970 e 1980, se amplia uma discussão pela busca de reformas na política de Saúde – o chamado movimento do Projeto de Reforma Sanitária, norteado pela formulação de um pensamento crítico perante à política de saúde no Brasil. O movimento vai desencadear da crise do modelo político, econômico e previdenciário no final da década de 1970. Concentração de renda, perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, aumento dos preços, crise nos serviços públicos de transporte e de saúde eram o preço pago por um modelo econômico que privilegiava o desenvolvimento a partir da concentração da riqueza (PAIVA; TEIXEIRA, 2015). É nesse campo de disputas e tensões, em meio à repressiva Ditadura Militar, que os trabalhadores da saúde, usuários e movimentos sociais começam a travar a luta pela cidadania e pela democracia, insatisfeitos com o abandono do campo da saúde. Para eles, a saúde agora necessitava de um caráter universal e independente de contribuição previdenciária. Conforme afirma Bravo: “[...] saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2007, p. 8).

Também nessa década, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata no dia 1978, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. Nesse documento, conhecido como Declaração de Alma-Ata, há uma aproximação importante do setor saúde com um conceito cada vez mais ampliado do processo saúde-doença, bem como com o entendimento da saúde como direito humano fundamental e universal:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a

mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 1)

Outros fragmentos da Declaração de Alma-Ata vão configurar esse período como um importante passo para pensar o processo saúde-doença para além da enfermidade. Consta na Declaração que: “[...] a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 1). É também nessa Conferência que vai se pensar sobre a participação popular no planejamento e execução dos cuidados em saúde, bem como construir os cuidados primários em saúde pautados no espírito da justiça social. Foi o grande impulsionador na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais, visto que na declaração encontra-se registrado que “[...] os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham [...]” (ibid, p. 2). Outro fragmento fundamental da Declaração Alma-Ata, que apoia o conceito ampliado de saúde, argumenta que os cuidados primários de saúde:

[...] refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública. [...] Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 2)

Sem dúvidas, estava efervescendo uma intensa mobilização pela democratização da saúde em nível internacional, que rebateria significativamente nos rumos desta no Brasil. Sendo assim, na década de 1980, as mobilizações dos trabalhadores da saúde, usuários e movimentos sociais alcançaram expressão nacional a partir dos encontros nacionais de medicina comunitária e, em pouco tempo, mudaram seu eixo de atenção das ações comunitárias de base local para a demanda por controle social dos serviços de saúde, melhoria da qualidade da medicina previdenciária e desenvolvimento de ações preventivas, além da melhoria das condições de vida que possibilitassem a conquista da saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2015). Ainda, a nível institucional ocorreu o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados e no mesmo ano estava sendo organizada a Sétima Conferência Nacional de Saúde. O tema central da Conferência era a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos,

o que refletia a união dos interesses dos sanitaristas em relação à expansão da cobertura de saúde, tendo em vista a ampliação dos cuidados básicos com a saúde. Todas essas movimentações caminhavam em direção à consolidação de uma saúde pública, universal e integral e, por isso, as discussões que seguiam já superavam o conceito de saúde como simplesmente ausência de doença.

Com o fim da Ditadura Militar, em 1985, também se desfazem algumas estruturas políticas autoritárias, e o Brasil começa a caminhar na redemocratização. No entanto, cabe destacar, que o processo de redemocratização transcorre em meio a uma crise econômica, que leva a planos econômicos emergenciais que visavam tirar o País da hiperinflação e fomentar o crescimento econômico. Foi nesse contexto que a mobilização pelas reformas na saúde teve um marco fundamental: a XVIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986, em Brasília, compondo a comissão organizadora, como presidente, o professor Antônio Sérgio da Silva Arouca.

A referida CNS foi marcada pela participação da sociedade civil organizada, usuários e trabalhadores. Suas plenárias contaram com a presença de quase cinco mil participantes, sendo que em torno de mil pessoas eram delegados. Entre os principais temas da Conferência estavam o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor. Temas específicos, como a hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e especialização, e a participação popular nos serviços de saúde também foram amplamente discutidos (PAIM, 2008). Um novo momento da saúde pública no Brasil estava sendo construído, de forma coletiva e democrática. À vista disso, o conceito de saúde também fora uma discussão potente durante a conferência, posto que, para se pensar as ações em saúde, de forma democrática, era necessário anteriormente pensar o que é saúde.

O conceito ampliado do processo saúde-doença, defendido na CNS sofreu críticas, porque dificultou quantificar quantas pessoas possuíam saúde no Brasil. Afinal, não era somente sobre enfermidades. No relatório final da CNS, no primeiro item da relatoria, consta que, durante a Conferência, ficou evidente que há modificações que são necessárias no setor saúde e transcendem os limites de uma reforma administrativa. Exige uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. É a partir das discussões na CNS, que o conceito de saúde se aproxima da dimensão estrutural de produção, da sociedade capitalista. No que toca a relatoria de cada tema de debates, o que compõe o *Tema 1 – Saúde como direito*, nos é fundamental:

1) Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse terra, acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, *o resultado das formas de organização social da produção*, as quais podem gerar *grandes desigualdades nos níveis de vida*. (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4, grifos nossos)

Nesse mesmo documento, encontramos, ainda no Tema 1, que, a saúde não é um conceito abstrato. *A saúde se define no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas*. Ainda, direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde. Há a necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitem efetivá-las (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4). Portanto, verificamos que os debates travados durante a CNS, caminharam efetivamente rumo a um sistema de saúde universal e integral, que têm no tocante de seu planejamento, a democracia das ações em saúde. E, não obstante, a dimensão estrutural da sociedade como determinante para avaliar a condição de saúde dos sujeitos.

O discurso de Sérgio Arouca, durante a abertura da CNS em março de 1986, foi emblemático. E para nossa discussão é medular. O médico sanitário lembra o conceito de saúde defendido pela OMS e, vai além. Para ele, saúde é ausência do medo, é algo que precisa ser atingido, como a igualdade. Saúde é ter o direito à casa, ao trabalho, ao salário digno, à água, à vestimenta, à educação. *Saúde é ter o direito da informação de como se pode dominar esse mundo e transformá-lo*. Saúde é meio ambiente, é ter um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de participação popular. Saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso à terra. A saúde supera a medicalização. *Saúde é não estar o tempo todo submetido ao medo da violência* (AROUCA, 1986). A respeito dessa última, completa:

[...] aquela violência resultante da miséria [...] que não esteja submetida também ao medo da violência do governo contra seu próprio povo. [...] conviver sem o medo é conviver com a capacidade da autodeterminação pessoal, dos povos e sem a ameaça da violência final. (AROUCA, 1986)

Nesse momento, observamos na história da Saúde Pública e Coletiva, um outro modo de olhar para a saúde e para a doença. Um olhar crítico, que vai associar a determinação da saúde com a realidade social em constante transformação, portanto, dialética. Ainda no relatório final da CNS (1986), consta que “as limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural” (p. 5), o que, mais uma vez, atrela as determinações

e a própria produção de saúde às condições estruturais da sociedade, conforme vínhamos evidenciando no primeiro capítulo, com as determinações da violência. E no documento, completa:

A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produto com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem *estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequado* (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 5, grifos nossos).

Outro marco na saúde, é datado na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, documentada no material conhecido como Carta de Ottawa. O conceito de saúde passou a estar relacionado à noção de *promoção da saúde*, que significava capacitar a comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social no controle do processo de saúde e doença (OPAS, 1986). Dessa forma, a noção de promoção da saúde no conceito da OMS significava incluir indivíduos e grupos no processo saúde-doença, de modo que pudessem identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente, o que se refere compreender os indivíduos e grupos como agentes na promoção da saúde (CRUZ, 2009). Essa inclusão da participação dos agentes sociais na promoção de saúde configura-se como um marco importante na concepção do processo saúde-doença, uma vez que coloca os sujeitos como partícipes da produção da saúde e como potenciais agentes transformadores desta. A mais, a particularidade e a subjetividade dos sujeitos é considerada fator relevante nessa concepção de saúde.

Finalmente, outro conceito que marca a história da construção da política pública de saúde, é o conceito disposto na Lei Orgânica de Saúde (LOS), em 1990, que inaugura a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), abordando também os condicionantes e determinantes, constando que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, Art. 3)

Evidenciar o caráter determinante da estrutura social hegemônica nos é esclarecedor, uma vez que adotamos a teoria social crítica para embasar a discussão, demonstrando que a lógica do capital atravessa todas as esferas da vida social, inclusive irá determina o que é saúde, o que é doença, e como será respondido a essa demanda. E mais, determinará como cada sujeito irá vivenciar a saúde e a doença. Quando falamos em estrutura social hegemônica, é porque há

algo que determina em maior grau questões que a sociedade irá vivenciar no cotidiano. Dessa forma, destacamos que há até a atualidade modelos médico-assistenciais em disputa. Modelos esses que estarão relacionados com diferentes entendimentos de saúde e de doença, que, conseqüentemente influenciam o cotidiano das práticas de saúde nos serviços. Cabe, a partir do nosso objetivo com esse trabalho, trazer a luz do conhecimento, alguns modelos explicativos do conceito saúde-doença, de forma a evidenciar as disparidades com as concepções de saúde, doença e cuidado na atualidade. Afinal, o que é saúde?

Almeida-Filho (2011), ao discutir o que é saúde, enfatiza que não se pode falar da saúde no singular, e sim de várias “saúdes”, na pluralidade devida e na riqueza de perspectivas conceituais e metodológicas que esse campo da ciência ocupa na sociedade. Por estar em constante disputa, o conceito de saúde requer que tomemos a adoção de uma perspectiva quando queremos analisar algum fenômeno dentro dessa área do conhecimento, visto que, ainda de acordo com o autor, “a saúde diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa [...] analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos” (ibid., s/p).

Ao analisar os estudos realizados por Cruz (2009), verificamos que há concepções primitivas, predominantes na Antiguidade, fundadas em uma explicação mágica, passando pelas explicações que correlacionavam o organismo humano com os elementos da natureza, pelas explicações religiosas e até holísticas, concepções embasadas na saúde como equilíbrio de humores, como o modelo hipocrático, até as concepções mais atuais da ausência de doença (modelo biomédico) e estado de completo bem-estar biopsicossocial. Com isso, observamos que a humanidade produziu e acumulou diversas formas de conceituação da saúde ao longo da história.

Para um certo grupo de teóricos entre esses, o conceito saúde-doença concentra suas raízes no modelo de medicina ocidental, ou biomédico. O modelo biomédico está centrado na explicação da doença e passou a tratar o corpo em partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico (BARROS apud CRUZ, 2009, p. 24). Uma análise crítica do modelo biomédico, destaca a concepção fragmentária deste, ao defender que consiste num tipo de modelo da teoria mecanicista, em que o homem é visto como corpo-máquina; o médico, como mecânico; e a doença, o defeito da máquina. A percepção do homem como máquina é datada historicamente com o advento do capitalismo (CRUZ, 2009). Portanto, o conceito de saúde fica meramente relacionado com a ausência de doença, restrito aos aspectos fisiológicos dos sujeitos. Aqui, a determinação social da saúde é uma teoria oposta, em disputa.

Christopher Boorse corroborou com essa concepção, ao definir, em 1977 a saúde como simples ausência de doença. Para o autor, os elementos essenciais da concepção de saúde-doença seriam: 1. Saúde como objeto teórico; 2. Naturalismo ou objetividade na distinção saúde e doença; 3. Conceito de doença relacionado ao cumprimento de uma função biológica comprometida porque um dos componentes dessa função encontra-se fora da normalidade estatisticamente definida; 4. Saúde como ausência de doença (ALMEIDA-FILHO, 2009). Dessa forma, Boorse também trouxe ao debate o conceito de “normalidade”, sendo que, o oposto do normal estabelecido hegemonicamente, seria considerado patológico. Com isso, Boorse filia-se na proposta de uma teoria negativa da saúde, e remete à doença, um caráter de justificativa para comportamentos sociais normalmente reprováveis (ibid., s/p). A concepção de saúde como mera ausência de doença, portanto, além de estar relacionada com a expansão do capitalismo industrial, também está diretamente relacionada com a individualização dos sujeitos e, portanto, das práticas em saúde.

Na dimensão do cuidado em saúde, a concepção de saúde como ausência de doença, o vê a partir de uma ótica reducionista e mecanicista, em que o médico especialista é o mecânico que tratará da parte do corpo-máquina defeituosa ou do ambiente para o controle das possíveis causas de epidemias (CRUZ, 2009). Logo, esse modo de assimilar a saúde pouco ou nada leva em conta os aspectos sociais, culturais e históricos da vida, tampouco engloba na práxis, na dimensão do cuidado, um olhar ampliado para a condição de saúde dos indivíduos, que supere a esfera individual.

Contudo, nos filiamos a uma concepção de saúde que foge de reducionismo e fragmentação dos sujeitos. Avança, inclusive, ao conceito defendido pela OMS citado anteriormente. Tendo como base teórica-metodológica para esse trabalho, e, em consonância com o Projeto Ético Político do Serviço Social, a teoria social crítica, alicerçada no materialismo histórico-dialético, iremos nos referir a uma concepção de saúde na qual entende que:

Em sociedades de classes, as relações que se estabelecem entre as classes determinam diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida e, conseqüentemente, diferentes formas ou possibilidades de viver, adoecer e morrer. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 960)

Dessa forma, a concepção do processo saúde-doença, se configura como um processo dinâmico, complexo e multidimensional por englobar dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas, enfim, pode-se identificar uma complexa inter-relação quando se trata de saúde e doença de uma pessoa, de um grupo social ou de sociedades (CRUZ, 2009, p. 27-28). Quando falamos em uma concepção de saúde que entende

as raízes estruturais da sociedade como determinantes, falamos da *determinação social da saúde*²². Concepção que se encontra amparada no modelo histórico-social de explicação do processo saúde-doença.

É importante que delimitemos de que concepção de saúde estamos falando, uma vez que, conforme explicita Dina Czeresnia *et al*, “o conceito de saúde e de doença mudam no decorrer da história, bem como as maneiras de compreender os processos de adoecimento e recuperação pela ação terapêutica” (CZERESNIA *et al*, 2013, s/p). Os autores vêm qualificar nossa discussão, afirmando que o conceito de saúde é inseparável das condições concretas de existência. Assim, somos levados a admitir que o lugar que a saúde ocupa na história de cada um é diferente porque as experiências são singulares (*ibid.*). Ainda, para os autores: “Ao circunscrever saúde à ausência de doença, concebida a partir da normalidade de parâmetros quantitativos, desconsidera-se uma dimensão mais ampla que é a da saúde como potência para lidar com a existência” (*ibid.*). Em consonância com Narvai e São Pedro (2008), os autores constroem uma crítica ao conceito defendido pela OMS, uma vez que:

[...] é criticável por expressar o ideal de uma vida livre de obstáculos, o que não corresponde à situação concreta de qualquer ser humano. Por exemplo, o bem-estar mental poderia ser experimentado como uma existência sem angústias e desafios? A ideia de bem-estar social poderia ser um projeto normativo que desconsidera diversidades e singularidades, uma espécie de “tipo ideal”? (CZERESNIA *et al*, 2013, s/p).

Sendo assim, uma vida saudável não pode excluir tensões, uma vez que viver envolve um constante dinamismo nas relações (CZERESNIA *et al*, 2013). À essa questão abrimos um parêntese, para relacionar com o que trouxemos no capítulo anterior: assim como uma vida saudável não exclui tensões, também não exclui conflitos, ou agressividade, que se diferem substancialmente do conceito de violência, por exemplo. Ou mais, quando excluímos os conflitos, deixamos uma porta aberta às práticas violentas. Ou seja, os estados de saúde e doença não devem ser pensados de forma cristalizada, mas processual e dinâmica. Por isso, Czeresnia (2013, s/p) afirma: “Os sentidos da saúde e da doença são, ainda, configurados social, histórica e culturalmente. Eles não estão isentos de crenças, hierarquias, juízos de valor, conhecimentos e atitudes compartilhar em um grupo”.

²² O conceito de determinação social da saúde, surge, a partir da abordagem da Saúde Coletiva ou Medicina Social, que veio a configurar um rompimento epistemológico e de práxis em relação à saúde pública no tocante à compreensão de seus objetos e propósitos. A própria adoção do nome saúde coletiva reflete que saúde “*es un proceso construido colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico como en las posibilidades de transformarlo*” (Iriart *et al.*, apud BORGHI, 2015, p. 874).

Narvai e São Pedro (2008) descrevem a condição de saúde com base em três planos: subindividual, individual e coletivo. O *plano subindividual* seria o correspondente ao nível biológico e orgânico, fisiológico ou fisiopatológico. Nesse plano, o processo saúde-adoecimento seria definido pelo equilíbrio dinâmico entre a normalidade – anormalidade/funcionalidade – disfunções. Assim, quando a balança pender para o lado da anormalidade/disfunção, podem ocorrer basicamente duas situações: a enfermidade e a doença (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008). O *plano individual*, que entende que as disfunções e anormalidades ocorrem em indivíduos que são seres biológicos e sociais ao mesmo tempo. Portanto, as alterações no processo saúde-adoecimento resultam não apenas de aspectos biológicos, mas também das condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais, ou seja, teriam dimensões individuais e coletivas. Segundo essa concepção, a condição de saúde poderia variar entre um extremo de mais perfeito bem-estar até o extremo da morte, com uma série de processos e eventos intermediários entre os dois (ibid.).

Por fim, o *plano coletivo*, que expande ainda mais o entendimento sobre o processo saúde-adoecimento, que é encarado não como a simples soma das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo isoladamente, senão a expressão de um processo social mais amplo, que resulta de uma complexa trama de fatores e relações, representados por determinantes do fenômeno nos vários níveis de análise: família, domicílio, micro área, bairro, município, região, país, continente etc. (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008). Nessa linha, fica mais fácil compreender a definição de Minayo (1994 apud NARVAI; SÃO PEDRO, 2008) sobre saúde: “fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente”.

Corroborando com esse entendimento, Czeresnia et al afirmam que:

Se por um lado vimos que os sentidos conferidos à doença são de natureza individual, singular, por outro lado, as subjetividades são constituídas em um contexto cultural, social e histórico. Podemos, portanto, dizer que nascer e viver em uma determinada sociedade na qual emergiram e se legitimaram determinados conceitos é condição para a modulação da experiência pessoal (CZERESNIA et al, 2013, s/p).

Ou seja, a saúde e a doença se organizam conforme o jeito que a sociedade se organiza e é preciso ter um olhar plural para enxergar a saúde no cotidiano da vida dos sujeitos. Para Fleury-Teixeira (2009), o tema da determinação social dos indivíduos é necessário porque a saúde, seja qual for o significado que lhe seja atribuído, não pode estar dissociada da determinação geral da vida das pessoas. Em segundo lugar, o conceito de saúde precisa ser explicitado para que esteja claro aquilo que estamos considerando (p. 381). Ao utilizar o modelo de determinação social da doença, conseguimos alcançar explicações que buscam sustentar

como o modelo econômico-social vigente interfere integralmente da vida dos sujeitos, inclusive nos níveis de saúde. Sobre isso, o autor aponta:

As condições sociais são efetivamente base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é urna base da própria saúde. Isso se comprova pelo fato de que, ao retrocedermos nas séries causais dos principais grupos de patologias e agravos daqueles que tem maior impacto negativo para a saúde nas diversas sociedades, encontramos, entre os determinantes finais e com grande peso, as condições sociais de vida. (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 384)

Ao adotar essa concepção de saúde, fundamentada na determinação social, teremos condições de compreender adequadamente como, a violência estrutural, expressada fundamentalmente pela desigualdade social, interfere na saúde das populações. Uma vez que, além da população que se encontra marginalizada, vivenciando maior exposição aos riscos, a vulnerabilidade das populações é ampliada pela deficiência no acesso à educação e aos serviços de saúde, o que reduz a sua capacidade de lidar com tais riscos (FLEURY-TEIXEIRA, 2009). Isto é, o conceito de saúde está precipuamente relacionado com as condições que cada sujeito tem de reprodução da vida social. Sejam condições de trabalho, de relações sociais, de habitação, de lazer. Seja em não estar estruturalmente exposto ao maior risco da violência. Em acordo com Albuquerque e Silva (2014):

A vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive a da saúde. Compreender a determinação social da saúde, portanto, não consiste em compreender apenas que a saúde depende do acesso aos objetos humanos, mas que a possibilidades de realização do humano, e o acesso aos produtos necessários para tal, dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 962)

A perspectiva da determinação social da saúde se alinha com a perspectiva da promoção da saúde, outro aspecto de suma importância quando falamos sobre saúde pública, conforme explicitado anteriormente a partir da Carta de Otawa. Dessa forma, promover saúde é promover condições dignas de vida, em todos os seus aspectos substanciais. Concordamos com Bonvincini e Silva quando afirmam que o conceito de promoção, que parte do entendimento que a saúde é produto de amplos aspectos relacionados com a qualidade de vida; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde – tem as suas atividades voltadas ao coletivo e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural (BONVINCINI; SILVA, 2015).

Importa, então, para o setor saúde, voltar o olhar sobre os sujeitos e para o meio em que se inserem nos processos sociais, objetivando, tanto quanto possível, a prestação de um atendimento adequado perante às suas especificidades, o alívio do sofrimento e o pensar nos modos de prevenir as ocorrências, por meio de uma forma ampliada de fazer saúde, no qual o grande objetivo seja a promoção de uma sociedade saudável. Tendo em vista o domínio da hegemonia conservadora, algumas dimensões da produção da saúde foram e são pensadas a partir unicamente dos fatores biológicos, sendo a referência para a organização e a avaliação dos serviços de saúde, conforme vínhamos sinalizando. Entretanto, de acordo com Nogueira (2011), tem-se outra perspectiva em disputa, onde são reconhecidas as desigualdades sociais e seu impacto na forma de produzir saúde.

Aliás, com a emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria e da degradação social e das perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho, envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres. Nesse sentido, é necessário apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo que a situação saúde-doença é uma representação da inserção humana na sociedade. Consequentemente, promover e produzir saúde a partir da determinação social, em consonância com Bonvincini e Silva (2015):

Nessa perspectiva proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar, através de valores socialmente definidos e compartilhados. Representando, assim, uma nova e mais adequada redistribuição de direitos e responsabilidades entre o Estado e a sociedade. (BONVINCINI; SILVA, 2015, p. 84)

À essa discussão, relacionamos também a abordagem trazida por Pereira (2011), a respeito da conceituação de necessidades humanas básicas *versus* mínimos sociais. A autora traz a crítica à concepção de mínimos sociais como mínimos de subsistência, afirmando que correspondem a uma resposta isolada e emergencial aos efeitos da pobreza extrema. Ainda, essas respostas visavam tão somente manter vivas as forças laborais, a fim de garantir em funcionamento a dominação capitalista (p. 16). Destaca-se que a partir do século XX, os mínimos passam a ser revistos a luz da liberdade, da equidade e da justiça social, perdendo o caráter individual e a conotação meramente biológica da pobreza absoluta. Assim, deixou de corresponder a necessidades pessoas para privilegiar *necessidades sociais*. Entendeu-se que era possível, às classes econômica e socialmente desfavorecidas, transformar suas necessidades em questões a serem inclusas na agenda política.

Pereira também traz a crítica ao próprio uso de *mínimo*, ao invés de *básico*. Para a autora, mínimo e básico são conceitos distintos. Enquanto o primeiro remete a menor e menos, o básico expressa algo fundamental, principal, primordial. A autora, citando Heller (1998, p. 171), adverte: “o capitalismo constitui a primeira sociedade que, mediante a força e estrutura social, condena classes inteiras da população a lutar quotidianamente pela satisfação das necessidades existenciais pura e simples” (p. 58). Destarte, a estrutural social vigente influencia na satisfação das necessidades básicas, que, aqui, relacionamos com a determinação social da saúde, que inclui, na sua concepção, o acesso a essas.

A não satisfação das necessidades básicas, é fundamentado em Pereira (2011), a ocorrência de sérios prejuízos à vida material e à atuação dos sujeitos na sociedade. Onde, sérios prejuízos são impactos negativos que impedem ou põem em risco a possibilidade objetiva dos sujeitos de viver física e socialmente. A partir dos estudos realizados por Doyal e Gough, a autora destaca as duas categorias de necessidades que são objetivas e universais: *saúde física* e *autonomia*. Ambas significam precondições para se alcançar objetivos universais de participação social. Afinal, “os homens são algo além do que os seus genes biologicamente condicionam; são algo além da dimensão biológica, o que justifica a autonomia como o outro componente [...]” (p. 70). A autora complementa:

Um indivíduo que sobrevive a um acidente grave, por exemplo, mas perde a capacidade mental de discernir e de participar como sujeito ativo e crítico, não tem as suas necessidades básicas satisfeitas. Da mesma forma, um indivíduo deixado livre para se auto-sustentar e gerir a sua própria existência, sem ter as condições básicas suficientes para assim proceder, ver-se-á objetivamente incapacitado de satisfazer as suas necessidades básicas, já que não poderá formular objetivos e estratégias nem pô-los em prática nas atividades que empreende. (PEREIRA, 2011, p. 84)

Em síntese, não há vida saudável e autônoma se os sujeitos não tiverem condições objetivas de terem suas necessidades básicas atendidas. Observamos que a determinação social da saúde, engloba à essa questão. Longe de um caráter messiânico ou de endeusamento da saúde como única transformadora das questões sociais, porém, afirmando a importância desta, quando efetuada a partir de um olhar ampliado para o sujeito. Sem o entendimento da satisfação das necessidades, ou, da determinação social na saúde, os indivíduos não terão as condições físicas, cognitivas, emocionais e sociais para se desenvolver e lutar pela sua libertação de todas as formas de opressão.

Conforme discursou Sérgio Arouca na CNS, em 1986 “[...] os sujeitos precisam ter sua dignidade humana atendida, em uma sociedade onde todos os homens são transformados em Zé e todas as mulheres em Maria”. Sendo assim, antes de produzir saúde precisamos delimitar de que saúde estamos falando. Dessa forma, podemos tanto produzir saúde tão somente que

permite o corpo físico funcionar, como também produzir saúde em que esse corpo físico esteja social e culturalmente atendido nas suas necessidades. Relacionamos a autonomia trazida por Potyara Pereira à essa questão. Sem o devido acesso aos direitos básicos, não há como garantir sujeitos autônomos e protagonistas das suas próprias histórias. Do ponto de vista da saúde, dessa saúde que estamos falando, entende-se que insistir na separação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade. Significa ainda, reforçar a fragmentação da vida e construir atalhos contrários às diretrizes do Sistema Único de Saúde. É daqui que partiremos, a partir do referencial teórico trazido pelos autores e, mobilizados pelas falas de Arouca a respeito da concepção de saúde. Veremos, no próximo item, como a violência, um determinante social, passou a ser considerado um agravo à saúde.

3.1 “ONDE A VIOLÊNCIA PERSISTE, A SAÚDE É SERIAMENTE COMPROMETIDA”²³: A VIOLÊNCIA COMO UM AGRAVO EM SAÚDE

“Temos que aprender a viver com a adversidade, com o coletivo. E será assim que vamos construir nosso projeto, sabendo que, embora muitas vezes possamos errar, não vamos errar nunca o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa”.

Sérgio Arouca durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde

O Brasil adentrou o século XX com mais um ponderoso desafio para a Saúde Pública: a violência. Conforme explicitado anteriormente, ao entender a violência como um agravo à saúde, remetemos a saúde para o seu conceito ampliado, onde são relevantes aspectos para além do corpo adoecido fisicamente, tirando a doença da centralidade. Isso implica entender o direito à saúde como prática social inerente à condição humana. Sendo assim, o modo de viver traduz diferentes necessidades de saúde, determinadas pelo lugar que os indivíduos ocupam nos processos produtivos na sociedade capitalista, que determinariam os modos de adoecer e morrer (PINHEIRO *et al.*, 2005). No entanto, nem sempre foi assim. Ao analisar a trajetória da saúde, dando destaque para como a violência configurou-se como uma questão para a mesma, veremos

²³ Relatório mundial sobre Violência e Saúde, 2002.

que se encontra em consonância com as discussões do conceito ampliado do processo saúde-doença.

Portanto, assim como as discussões sobre uma saúde que abrangesse na sua conceituação algo além da doença, a pauta da violência como um agravo à saúde também passou por disputas importantes. Justamente pela complexidade do fenômeno e, por estar contida na esfera social da vida humana, houve e há até hoje, grande resistência de entender a violência como determinante para as condições de saúde da população. Por isso, destacamos que muitas práticas em saúde continuam restringindo-se aos contornos pragmáticos. Sobre tal, explicitam Minayo e Souza (1999):

Se é verdade que, a partir das décadas de 60 e 70, houve um grande esforço teórico-metodológico e político para compreender a saúde como uma questão complexa, com determinações sociais e condicionantes culturais, nunca um tema provocou tantas reticências para sua inclusão como o impacto da violência no setor. As razões são muitas. Algumas vêm do próprio âmbito onde historicamente o fenômeno tem sido tratado, o terreno do direito criminal e da segurança pública. Outros motivos vêm do campo específico da saúde, terreno de quase monopólio do modelo médico e biomédico, cuja racionalidade tende a incorporar o social apenas como variável “ambiental” da produção das enfermidades. (MINAYO; SOUZA, 1999, p. 8)

À vista disso, por compreender que a inclusão da violência na agenda pública da saúde, foi uma construção histórica e social importante, coube a nós construir uma linha do tempo que permitisse uma melhor visualização desse movimento, como pode ser visto na Figura 1.

Figura 1 – Linha do tempo sobre a inclusão da violência na agenda da saúde

A INCLUSÃO DA VIOLÊNCIA NA AGENDA DA SAÚDE

A trajetória da temática da violência como uma questão para a saúde.



Referências:

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde [livro eletrônico]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SinanWeb**. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>>. Acesso em 26 de outubro de 2020.

Fonte: Elaborado pela aluna, 2020.

De acordo com Minayo, no Brasil, a inclusão da violência e da criminalidade na agenda da cidadania coincide com o término da ditadura militar. Os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito e a forte pressão de algumas entidades não-governamentais e organizações internacionais, com poder de influenciar o debate nacional,

foram fundamentais para tornar a violência social uma questão pública (MINAYO, 2006). Destarte, violência não é, em si, uma questão de saúde pública exclusivamente, por se tratar de um fenômeno sócio-histórico e multidimensional. No entanto, transforma-se em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor (ibid.). Como demonstramos na Figura 1, consideramos a linha do tempo a partir do marco dos anos 1960 e 1970, por entender que a inclusão da violência no setor saúde, também caminha em conjunto com o entendimento ampliado do processo saúde-doença, e, é a partir dessas décadas que essa discussão ganha corpo internacionalmente.

Desde 1970, profissionais da saúde começaram a denunciar as violências sofridas por crianças e adolescentes, dando ênfase para os efeitos dos atos, no desenvolvimento físico e cognitivo das mesmas. Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, é na década de 1980 que o tema da violência entra com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde (MINAYO, 2006). Em 1986, o discurso de Sérgio Arouca na 8ª CNS, evidencia o caráter da violência como oposto à saúde. E a partir de 1989 a Fundação Oswaldo Cruz começava a realizar pesquisas científicas que englobavam os estudos de violência e saúde, com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência - Claves. A partir dos anos 1990 encontraremos marcos decisivos para a inclusão da violência no setor saúde.

Minayo (2006, p. 49) destaca que, oficialmente, somente a partir da década 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a OMS começaram a falar especificamente de violência (e não apenas, causas externas), congregando as várias discussões (sempre dispersas e com pouca legitimidade institucional) que vinham ocorrendo nos diferentes âmbitos e em alguns países. Logo, em 1993, a OMS definiu que o Dia Mundial da Saúde daquele ano seria sobre a prevenção de traumas e acidentes - evidenciamos que a violência entrou para a agenda da saúde a partir da abordagem dos traumas e acidentes, onde considerava-se a violência dos acidentes, inicialmente. Nessa data, a OMS declarou que *desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortes prematuras*. Logo em seguida, em 1994, com a realização da Conferência sobre Violência e Saúde, organizada pela Opas, a Organização declara:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social. (Opas, 1994, s/p)

Dessa forma, o documento resultante da Conferência de 1994, torna clara a problemática da violência para a saúde, destacando ser, por muitas vezes, a porta de entrada das vítimas de violência, ao sistema de garantia de direitos como um todo. A partir da Conferência, foram incluídos os aspectos tradicionais que sempre marcaram a atuação do setor e várias outras problemáticas que, pela primeira vez, foram incluídas na pauta, de forma orgânica. Verificamos, a partir dos estudos realizados por Minayo (2006), que, a Conferência sobre Violência e Saúde, desencadeou de intensas mobilizações, principalmente, do movimento feminista da época. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento pressionou e pressiona o setor saúde para que atue ativamente e dê respostas concretas, não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes da violência, mas também para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações. As ações realizadas por essas mobilizações, ficaram documentadas nas conclusões do Relatório Final da Conferência.

Outro marco considerado vital, é o Relatório Mundial sobre violência e saúde, elaborado pela OMS em 2002, considerado um gesto histórico na trajetória da saúde. O Relatório avança substancialmente na discussão da violência como um agravo à saúde, definindo uma conceituação, a tipologia e a natureza da violência para o setor saúde. A tipologia e a natureza da violência defendidas no Relatório permanece sendo utilizada por diversos Estados e Municípios nas suas ações de enfrentamento a violência. O Relatório não significou que a discussão fosse encerrada ou cessada, mas, conforme afirmam os editores Krug *et al* (2002), “é somente um início e espera-se que suscite a discussão em nível local, nacional e internacional e que forneça a plataforma para o aumento das ações de prevenção da violência”.

O Relatório é fruto de diversas das discussões elencadas na nossa linha do tempo, com destaque para a 49ª Assembleia Mundial de Saúde, que declarou a violência como um problema importante e crescente de saúde pública no mundo, a partir da resolução WHA49.25, de 1996. Ainda durante a Assembleia fora chamado a atenção para as sérias consequências da violência – no curto e no longo prazo – para indivíduos, famílias, comunidades e países, e destacou os efeitos prejudiciais que ela gera no setor de serviços de saúde. Outro destaque para o Relatório encontra-se no caráter do reconhecimento dos profissionais da área de saúde como, frequentemente, os primeiros a socorrer as vítimas da violência, sendo eles possuidores de uma capacidade técnica singular e tendo a vantagem de ocupar uma posição especial na comunidade (KRUG *et al*, 2002). O que segue, é o *reconhecimento da violência como uma questão para a saúde pública*, bem como disposições a respeito das ações de enfrentamento:

Reconhecendo que a OMS, o órgão mais importante para a coordenação dos trabalhos internacionais em saúde pública, é responsável por prover liderança e diretrizes aos Estados Membros, para que desenvolvam programas de saúde pública para prevenção de violência auto infligida e violência contra terceiros; 1. DECLARA que a *violência é um dos principais problemas mundiais de saúde pública*; 2. SOLICITA que os Estados Membros *avaliem os problemas da violência em seus territórios* e comuniquem à OMS tais informações e suas abordagens referentes a eles; 3. REQUER que seu Diretor Geral, no uso dos recursos disponíveis, *inicie campanhas na saúde pública para alertar sobre o problema da violência* e assim: (1) caracterizar os diferentes tipos de violência, definir sua magnitude e avaliar suas causas e as consequências para a saúde pública utilizando, inclusive, uma “perspectiva de gênero” (homens/mulheres) na análise; (2) avaliar os tipos de soluções e a eficácia destas medidas e programas para prevenir a violência e mitigar seus efeitos, com particular atenção para as iniciativas baseadas nas comunidades; (3) promover campanhas que ataquem este problema em ambos os níveis, nacional e internacional, incluindo os seguintes passos: (a) aprimorar o diagnóstico, registro e gerenciamento das consequências da violência; (b) promover um maior envolvimento entre os setores na prevenção e gerenciamento da violência; (c) promover pesquisas sobre a violência como uma prioridade nas pesquisas da saúde pública; (d) preparar e disseminar recomendações para programas de prevenção da violência nas nações, países e comunidades de todo o mundo. (4) assegurar a participação coordenada e ativa do pessoal técnico da OMS; (5) fortalecer a colaboração da Organização Mundial da Saúde junto a governos, autoridades locais e outras organizações do sistema das Nações Unidas, no planejamento, implementação e monitoramento de programas de prevenção e redução da violência. (KRUG *et al*, 2002, grifos nossos)

As editoras e os editores da OMS responsáveis pela elaboração do Relatório destacaram de que forma a saúde poderia contribuir no sentido do enfrentamento da violência. Abordaram também a respeito da prevenção da violência, outro aspecto que demarca a saúde como um setor potencial no enfrentamento, evidenciando que a violência é evitável. Sem dúvidas, o Relatório se configura como parte estruturante dessa problemática dentro do setor saúde. Quanto a contribuição da saúde pública:

Por definição, a saúde pública não trata de pacientes individuais. Ela se concentra em enfermidades, condições e problemas que afetam a saúde e tem por objetivo fornecer o maior benefício para o maior número de pessoas. Isto não quer dizer que a saúde pública não se interesse pelo cuidado dos indivíduos. Sua preocupação é prevenir problemas de saúde e levar segurança e cuidados às populações na sua totalidade. (KRUG *et al*, 2002, p. 3)

Mais um destaque importante advindo do Relatório, é a inclusão da intencionalidade ao conceito de violência. Por isso, a partir desse documento, a OMS não trata do conceito de acidentes por considerar que neles não está presente a intencionalidade, termo que determina a concepção de violência e dos atos violentos. Dessa forma, encontramos aqui um novo esforço, para que a violência seja analisada distanciada da abordagem dos traumas e acidentes. De acordo com Minayo (2007), o Relatório faz crer que não resta nenhuma dúvida de que o tema passa a fazer parte do campo de preocupação das organizações internacionais de saúde, merecendo definições, categorizações, problematizações e encaminhamentos.

Atendendo ao chamado da OMS de 2002, o Ministério da Saúde do Brasil, juntamente com a representação brasileira da Opa e do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves-Fiocruz), produziu e divulgou, em 2005, um relatório baseado no mundial, denominado de “Impacto da violência na saúde dos brasileiros”. A justificativa da importância desse documento, consistiu no fato de que a violência vinha fazendo parte da mudança no perfil de morbimortalidade nacional nos últimos 35 anos no Brasil, quando as doenças infecciosas deram lugar às enfermidades crônicas e degenerativas e aos agravos típicos dos estilos de vida. Todavia, e apesar da indiscutível evidência dos dados nacionais sobre o impacto desse problema social na qualidade de vida da população brasileira, ainda é escassa a consciência dos gestores do setor sobre a gravidade da situação e sobre o importante papel que a área da saúde pode desempenhar (NJAINÉ *et al*, 2005).

No referido documento, as autoras sinalizam: “violência não é um problema médico típico, é, fundamentalmente, um problema social que acompanha toda a história e as transformações da humanidade. No entanto, a violência afeta muito a saúde” (NJAINÉ *et al*, 2005, p. 22). Essa concepção nos permite, mais uma vez, tirar as doenças da centralidade dos atendimentos em saúde. Ora, a violência não possui um caráter patológico - por mais que possa desencadear, e mesmo assim, é interpretada como um agravante à saúde. Ou seja, reforçamos diante disso o perigo para a saúde pública quando as práticas em saúde são restritas a uma concepção biomédica. Mais atentamente ainda, não podemos perder de vista que a inclusão da violência na agenda da saúde não se deu de forma natural. Ela se impôs, no entanto, apresentou-se, inicialmente, dentro dos limites dos conceitos biomédicos. Portanto, até a contemporaneidade a violência como um agravo é parte do desafio de entender a saúde a partir das suas concepções sócio-históricas.

Zago (2013) corrobora com essa concepção, afirmando que, a partir do momento em que concebemos que as manifestações da violência têm procedência sócio-histórica e estrutural, podemos dizer que se configura como uma das expressões da questão social, a qual transforma-se em um mote para a área da saúde, por afetar o indivíduo, a sociedade, necessitando, portanto de prevenção e tratamento, o que conduz a formulação de políticas específicas e organizações práticas peculiares aos setores da saúde. A autora ainda complementa: “A violência é uma questão de saúde porquanto afeta a qualidade de vida das pessoas, pelas lesões físicas, psíquicas, morais, que exigem cuidados dos serviços médicos e hospitalares” (p. 1242). Sobre tais efeitos da violência na saúde da população, Njainé *et al* (2005), explicitam no documento:

[...] ela [a violência] provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; diminui a qualidade de vida das pessoas e

das coletividades; mostra a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento médico; e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos. (NJAINÉ *et al*, 2005, p. 22)

No documento de 2005, a conceituação, a tipologia e a natureza da violência adotadas confirmam a legitimação dos conceitos defendidos pela OMS, em 2002²⁴. É possível afirmar, portanto, que, de fato, as recomendações que a OMS dispôs às Nações no referido ano, foram adotadas por diversos países, inclusive, o Brasil. A partir desse momento, ações concretas de prevenção e de enfrentamento a violência, são incorporadas pelo setor saúde nos Estados e Municípios. A mais, a OMS (2002), *insere o tema da violência nos marcos da promoção da saúde*. Daí a nossa aproximação do conceito de saúde aliado com a promoção de saúde, conforme explanamos no item anterior deste trabalho.

Ao analisar a visão do setor saúde diante da violência, verificamos que há, cada vez mais, um consenso em torno do que Agudelo apud Minayo (2005) vem repetindo em vários de seus estudos: “a violência representa um risco para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima” (p. 19). Ou seja, em geral o setor saúde e seus profissionais consideram as manifestações da violência como negativas para a sociedade e para os indivíduos. Se retomarmos ao conceito de promoção de saúde, no qual concordamos com Bonvincini e Silva (2015) - que sustentam o conceito de promoção no entendimento que a saúde é produto de amplos aspectos relacionados com a qualidade de vida; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde -, veremos que a violência inflige diretamente em vários dos aspectos elencados como fundamentais para se avaliar a saúde de um sujeito. Ainda de acordo com os autores: “ela [a violência] ocorre devido a circunstâncias e um contexto sócio-histórico que pode ser modificado à luz de estratégias que visem a prevenção da violência, sugerindo-se a promoção de saúde” (ibid. p. 82).

Destacamos que, em 2001, o Ministério da Saúde já havia publicado, oficialmente um documento denominado “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”, por meio da Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001. O documento introduziu um

²⁴ Conforme explicitado no item 2.2 deste trabalho: O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG *et al*, 2002, p. 5)

conceito mais ou menos semelhante ao da OMS de 2002: “consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (BRASIL, 2001, p. 7). No mesmo documento, o tema da violência é tratado como um problema social e histórico, e, novamente, se situa nos marcos da promoção da saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida. O documento ainda distingue a violência dos acidentes, uma vez que ambos os termos vêm juntos da Classificação Internacional das Doenças (CID), como *causas externas*. Portanto, situa-se como um marco do trato da violência no Brasil.

Minayo (1998), traz que, o setor de saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social. A autora, ao citar Engels (1972), elucida que, *a violência é um dos mais cruéis produtos da história*, portanto, não se pode deixar de reconhecer que os processos violentos inibem, modificam e enfraquecem tanto a qualidade como a capacidade de reprodução de vida (MINAYO, 1998). Verificamos ser consensual então, para esse grupo de autores, que, na medida em que a violência interfere na qualidade de vida das pessoas, está concomitantemente interferindo na saúde. De acordo com Zago:

A saúde pública deve se interessar pela saúde e bem-estar das populações como um todo. Considerando que a violência impõe uma carga pesada no bem-estar da população. Um dos objetivos da saúde pública deve ser o de criar comunidades seguras e sadias em todo o mundo. A prioridade maior, atualmente, consiste em persuadir todos os diversos setores - a nível global, nacional e comunitário - a se comprometer com tal objetivo. As autoridades da saúde pública necessitam fazer muito para estabelecer planos e políticas nacionais para prevenir a violência, realizando parcerias entre os vários setores e assegurando dotação de recursos para as ações preventivas (ZAGO, 2013, p. 1251).

É bem verdade, portanto, que, como a violência apresenta-se de múltiplas maneiras, a identificação destas, para a saúde, acarretará mais um desafio. Por isso, Minayo (2006) nos sinalizava de que a inclusão da violência na agenda da saúde, foi muito restrita as práticas biomédicas. É bem plausível que, por essa razão, os comportamentos agressores, assim como as vitimizações, não se apresentem à primeira vista como atinentes à saúde. Não parecem, de imediato, compor a mesma gama de questões para o adoecimento ou o sofrimento que o tabagismo, o sedentarismo, os hábitos alimentares ou até o alcoolismo e o uso abusivo de outras drogas (SCHRAIBER, 2014).

Esse desafio pressupõe que, novamente, as práticas em saúde perpassem por uma ruptura com a concepção biomédica. Apontamos também, em consonância com Minayo (1994), que, a inclusão das mortes por violência na Classificação Internacional de Doenças (CID), no

grupo das Causas Externas (E800-E999), é uma categoria bastante limitada para os estudos da violência, porque, como explica Mello Jorge apud Minayo, sua operacionalização se faz apenas por meio dos efeitos que se apresentam sobre as pessoas atingidas por lesões e mortes. Em consequência, a denominação “causas externas” carrega uma suposta assepsia, na medida em que não expressa os conteúdos essenciais dos conceitos já melhor construídos pela Filosofia e pelas Ciências Humanas sobre a violência (MINAYO, 1994). Por mais simbólico que possa aparentar, a causa externa remete a algo alheio, nesse caso, alheio à concepção de saúde, e, por essa razão, também provoca o distanciamento dos profissionais para com a violência no setor.

Todavia, um dos passos mais importantes, para o País, aconteceu a partir do Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violência, em 2005. Agora, ações efetivas seriam realizadas nos serviços de saúde. A estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação de Núcleos de Prevenção à Violência significou a verdadeira consolidação do tema violência no setor saúde, no Brasil. A violência passou a ser tratada na Secretaria de Vigilância em Saúde, mais especificamente na Vigilância Epidemiológica, onde é compreendida na categoria dos agravos.

Em 2006, reconhecendo que as violências e os acidentes exercem grande impacto social e econômico, sobretudo no setor saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o qual é constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan)²⁵ e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito). Essa implantação representou um avanço para o trato da violência no setor saúde, visto que, as notificações de violência foram incorporadas em um sistema próprio do setor saúde. Por conseguinte, o objetivo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes é conhecer a magnitude e a gravidade das violências por meio da produção e difusão de informações epidemiológicas e definir políticas públicas de enfrentamento como estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

²⁵ De acordo com o Ministério da Saúde, a utilização efetiva do Sinan permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

A conceituação, a tipologia e a natureza da violência incorporadas pelo VIVA é a mesma construída pela OMS em 2002. Foi um passo fundamental para que, em nível internacional, se estabelecesse ações de prevenção e enfrentamento, mesmo que, *seja* fosse substancial adaptar as ações às especificidades locais. E para tal, as notificações ainda são a grande chave, visto que se transformam em registros e dados que permitem que sejam feitos diagnósticos quanto as manifestações da violência em cada território, bem como de que forma se materializam e afetam cada grupo social. Casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades são objetos de notificação no VIVA. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Os objetos de notificação permitem que, quando há qualidade nos dados, os gestores responsáveis possam articular ações de enfrentamento específicos, que privilegiem grupos que estão, estruturalmente, mais expostos ao risco da violência. Dessa forma, o setor saúde passa a ser um campo estratégico de prevenção e de enfrentamento da expressiva expansão das práticas violentas. Sinteticamente, se reconhece a partir do VIVA, a importância de reunir dados para conhecer o fenômeno; a investigação e a interpretação do fenômeno; a prevenção das situações de violência, bem como o planejamento e o monitoramento destas e as intervenções para cessar com as situações de violência. Todas essas ações se configuram como um terreno fértil para o setor saúde. É claro, a intersetorialidade precisa se fazer presente, todavia.

Sublinhamos que, um expressivo número de denúncias de violência se dá via saúde, tanto nos pronto-atendimentos, quanto nas unidades básicas de saúde, no entanto, para que o ato seja visto para além da denúncia, o fortalecimento dos serviços dos territórios é imprescindível, sendo essa outra potência do setor, com a atenção básica fortalecida. Além do mais, o setor saúde representa uma proposta de intervenção à violência que supera a via policial. Para a saúde, precisa importar o contexto da vítima e o contexto do agressor. A escuta e a acolhida qualificada são poderosas para rompermos com a via policialesca do trato com a violência. Por fim, o patriarcado, a heteronormatividade, as normas da branquitude, estabelecem uma série de situações violentas que não são nem reconhecidas como tais. Logo, a constante capacitação dos trabalhadores, visto falarmos de um fenômeno dinâmico, multidimensional que acompanha as transformações sociais, é básico.

A partir de 2009 o VIVA passou a integrar a Lista de Notificações Compulsórias em Unidades Sentinelas, ou seja, torna-se obrigatório o preenchimento da ficha de notificação quando identificada comprovação de violência pelos sujeitos que acessam todo e qualquer serviço da saúde. Já em 2014, o Ministério da Saúde estabeleceu que violência sexual e tentativa de suicídio, além do caráter compulsório, precisa ser notificada as Secretarias Municipais de Saúde em até 24h. Por fim, em 2017, fora estabelecido que são objetos de notificação compulsória, além dos casos comprovados, os casos suspeitos.

Finalmente, alguns elementos elencados por Minayo no documento “Impactos da violência na saúde dos brasileiros” (2005), a respeito da atuação na área da saúde são importantes. O primeiro da conta de que *a violência não se resume às delinquências*. Suas formas culturalmente naturalizadas de agressões intrafamiliares, interpessoais, de discriminações raciais ou contra grupos específicos como homossexuais, de abusos e de dominação contra crianças, mulheres, idosos, pessoas com deficiência constituem um ambiente sociocultural adverso e, frequentemente, portador de exclusão e de lesões físicas e emocionais. Em segundo lugar, existem no Brasil regiões e cidades onde as taxas de violência são mais elevadas que em outras, sejam quais forem os tipos de manifestação do fenômeno. Portanto, *a configuração espacial precisa ser incluída e articulada com especificidades históricas, sociais e culturais, visando a ações de promoção e de prevenção*. Seguindo, as diferentes formas de violência se articulam *criando uma expressão cultural naturalizada* nas relações e nos comportamentos, atitudes e práticas. Ainda, *é sem consistência teórica qualquer proposta de visão positivista que proponha acabar com a violência num toque de mágica ou de autoritarismo*. Outro elemento que a autora traz, aborda sobre o *caráter eminentemente humano da violência*, logo, por serem humanas, suas expressões incluem *significado e intencionalidade* (MINAYO, 2005).

A sociedade civil vinculada ao setor Saúde, tem sido ator relevante na implantação de serviços que atendem às vítimas e aprofundam a consciência de direitos e a atenção integral. Mas também, é preciso que se tenha atores que provoquem a sensibilização social de todos os responsáveis pelas ações de cuidado. Urge que elucidemos que para se trabalhar com a violência, é precisa desvelar miopias e exercitar a escuta qualificada, o olhar ampliado e a atenção para além do corpo biológico que busca o atendimento nos serviços. De acordo com Minayo e Lima (2006), por iniciativa e elevada consciência social, muitas prefeituras municipais, frequentemente com o protagonismo das secretarias de saúde, têm tido um papel importante na criação de redes locais de proteção e na consolidação de serviços específicos de atendimento, apresentando resultados promissores. Sem dúvidas:

Até aqui revisitamos os conceitos de violência e de saúde, e a partir das perspectivas adotadas, relacionamos de que forma a violência interfere na saúde dos sujeitos. Seguindo o problema de pesquisa, urge agora que possamos sistematizar os conhecimentos existentes a respeito dos impactos da violência estrutural na saúde dos sujeitos. Retomamos que, as desigualdades sociais, como uma das expressões da violência estrutural, são a nossa centralidade. Dessa forma, afirmamos: as desigualdades sociais produzem *iniquidades*²⁶ em saúde, impactando diretamente a produção de saúde dos sujeitos afetados por tais condições. Conforme afirma Sônia Fleury (2007):

No campo da saúde, as iniquidades se referem às diferenças que colocam certos grupos em situações de discriminação e desvantagem no acesso aos serviços e que também reforçam as condições de vulnerabilidades destes grupos a certas enfermidades. Mesmo com a existência de uma política universal como o SUS, as iniquidades persistem de forma sistemática. (FLEURY, 2007, p. 1422)

A epidemiologista e pesquisadora Rita Barata, em seu livro denominado “*Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde?*” nos alerta que, quando falamos em igualdade ou desigualdade, estamos comparando situações, sem necessariamente, atribuímos um juízo de valor àquilo que é igual ou desigual. Ainda, ressalva que, felizmente, os indivíduos e os grupos sociais reúnem grandes diferenças e variabilidade com relação a muitas características, fato que torna a vida tão interessante. Todavia, quando falamos em *desigualdade social* geralmente estamos nos referindo a situações que implicam algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustiças porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio (BARATA, 2009). Ferreira e Latorre (2012) partem da mesma perspectiva, filiando-se a um grupo de teóricos que defendem que a diferença social entre indivíduos e níveis de saúde está relacionada com a exploração e a injustiça social e os comportamentos negativos são consequência dessa diferença, ou seja, das privações materiais, que são a causa e a consequência das dificuldades em obter uma melhor condição de saúde.

Tomando o método crítico dialético para analisar os fenômenos da sociedade, veremos que há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis. Reiteradamente, destacamos o caráter perverso do atual projeto de sociedade em que vivemos, em um estado avançado do capitalismo, que

²⁶ De acordo com Buss e Filho (2006): “As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead, são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil” (s/).

justamente mantém-se por produzir, desenfreadamente, os reflexos da desigualdade social. Associado a isso, Barata (2009, s/p), também traz outra relação fundamental para o nosso trabalho: “toda e qualquer doença e sua distribuição populacional são produtos da organização social, não tendo sentido falar, portanto, em doenças sociais e doenças não sociais”. Essa perspectiva reafirma o que vínhamos sinalizando sobre a influência objetiva e concreta da estrutura social na saúde (ou doença). Estarmos inseridos socialmente em qualquer meio nos coloca especificidades de experiência e de condições de vida. Ademais, torna evidente que as doenças, frequentemente, têm influências diretas do meio social.

Por sua vez, a autora apresenta o aspecto de que as desigualdades sociais começaram a ser tratadas pelo setor saúde, a partir da determinação social do processo saúde-doença – conceito que escolhemos como referencial teórico para nossa discussão:

Na América Latina a discussão sobre as desigualdades sociais vem sendo feita principalmente à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Essa teoria analisa a constituição do próprio sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades, dando maior ênfase aos mecanismos de acumulação do capital e à distribuição de poder, prestígio e bens materiais deles decorrentes. *A posição de classe e a reprodução social passam a ser vistas como os principais determinantes do perfil da saúde e doença.* (BARATA, 2009, s/p, grifos nossos)

Com isso, fruto de uma sociedade dividida em classes, seguimos a partir da compreensão de que as desigualdades sociais, como expressões da violência estrutural, estão contidas na determinação social do processo saúde-doença, ou seja, determinam a condição de saúde de um indivíduo, grupo e até mesmo um território. As desigualdades nas condições de vida, decorrentes de diferenças substantivas nesse processo de reprodução social, terão reflexos nas situações de saúde que serão identificadas como iniquidades. Por sua vez, as iniquidades agravam tanto a questão de saúde do sujeito, como a própria desigualdade social. Neri e Soares (2002) argumentam que, existe um consenso geral de que os socialmente menos privilegiados tendem a adoecer mais precocemente. Haja vista, algumas doenças crônico-degenerativas, por exemplo, se desenvolvem com antecedência de aproximadamente 30 anos nos indivíduos na base da pirâmide social, quando comparados com aqueles que se encontram no topo (NERI; SOARES, 2002). Sendo assim, o contexto social determina a cada indivíduo sua posição e esta, por sua vez, determina as oportunidades de saúde segundo exposições a condições nocivas ou saudáveis e segundo situações distintas de vulnerabilidades (BARATA, 2009).

Ao retomar, a partir da teoria marxista, o conceito de classe social, que tratamos no primeiro capítulo, Barata (2009), afirma que, a fins epidemiológicos, o que se pede ao conceito de classe social é que por meio dele possam ser identificados grupos definidos a partir de seus

vínculos sociais estruturais, que são os determinantes mais imediatos das condições de vida das famílias e, portanto, da situação de saúde dos indivíduos e grupos. Portanto, a categoria classe social que expusemos no capítulo anterior foi fundamental para que chegássemos até aqui. Para a autora, a posição social dos indivíduos e grupos sociais, medida por indicadores de classe social, variáveis isoladas como escolaridade e classes ocupacionais, ou a partir das condições de vida em determinados espaços geográficos, é um poderoso determinante do estado de saúde das populações, atuando sobre o perfil de morbidade e mortalidade e também sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde (BARATA, 2009, s/p).

Um material produzido pelo Ministério da Saúde em 2016, que trata da vigilância das violências, assinalou que além do grande impacto na morbimortalidade, a violência, nas suas mais diversas formas, tem contribuído para a *perda de qualidade de vida* entre as pessoas, com aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, entre outros. A violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal, e suas marcas, muitas vezes, perpetuam-se entre as gerações futuras (MS, 2016). A especificidade da violência estrutural encontra-se com todas essas características. A perda da qualidade de vida é mister para a nossa discussão. A mais, é frequente encontrar famílias onde é possível observar que a situação de desigualdade social se perpetua entre as gerações, não conseguindo o núcleo familiar superar tal situação. Ora, não há dúvidas que para um jovem que sempre viveu em situação de vulnerabilidade, atingir uma diferente qualidade de vida da que os genitores dispunham (a partir da emancipação e autonomia, por exemplo) torna-se um grande desafio. Portanto, a violência estrutural facilmente cria raízes. Potyara Pereira nos sinalizava sobre a ocorrência de sérios prejuízos à vida dos homens e à atuação desses como sujeitos caso as necessidades básicas não sejam satisfeitas (PEREIRA, 2011).

Minayo (1994) definiu a violência estrutural como sendo aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte. A autora ainda destaca que, é pelo grau de enraizamento, que os níveis elevadíssimos de desigualdade social são as formas mais contundentes de violência estrutural no Brasil e, “são o chão sobre o qual se assentam muitas outras expressões” (ibid., 2006). Odalia (2017) também foi alguém que associou as desigualdades sociais a um ato de violência, nos alertando que: “O ato rotineiro e contumaz da

desigualdade, das diferenças entre os homens, permitindo que alguns usufruam à saciedade o que à grande maioria é negado, é uma violência” (s/p).

Odalía também destacou a naturalização das desigualdades sociais, afirmando que agimos como se a desigualdade fosse uma norma estabelecida pela natureza da sociedade e contra a qual pouco é possível, enquanto o “mundo for mundo” (ODALIA, 2017). Justamente por essa expressão da violência ter sido naturalizada e enraizada ao longo dos anos, torna-se ainda um desafio maior compreender que determinadas condições sociais influenciam na promoção de saúde para determinados sujeitos. Sem dúvidas, não estamos falando de condições essencialmente biológicas, mas de condições objetivas e concretas que agudizam as iniquidades. O enraizamento, o estranhamento e o distanciamento dos atores sociais para com as expressões da violência estrutural torna-se um empecilho para seu enfrentamento. Destarte, a violência estrutural levanta desafios no que tange quatro pilares: a redução da qualidade de vida, a redução da expectativa de vida, a produção de outras expressões da violência e as iniquidades em saúde.

Para Sanchez e Minayo (2006), a maior expressão desse tipo de violência é o fato que, de acordo com o Censo do ano de 2000, dentre 60 mil crianças e adolescentes brasileiros de 0 a 17 anos, 20 milhões (34,8%) se encontravam em situação de pobreza, vivendo em famílias com renda mensal de até meio salário mínimo *per capita*. Nas regiões mais pobres como o Nordeste, por exemplo, esse percentual chegava a 58,8%, evidenciando a gravidade e a persistência das precárias condições de vida em geral e, sobretudo, da infância e juventude (SANCHEZ; MINAYO, 2006). Outro dado interessante é apresentado por Dahlberg e Krug (2006), extraído dos estudos realizados para a construção do Relatório Mundial sobre violência e saúde. Os autores trazem que, também nos anos 2000, a grande maioria das mortes por violência (auto-infligida, interpessoal e coletiva), ocorreram em países de baixa e média rendas. Menos de 10% de todas as mortes ocorreram em países de renda alta. Ainda, quase a metade das 1,6 milhão de pessoas que morreram em função da violência, foram suicídios (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Ou seja, ao falarmos de violência estrutural, falamos de uma distância que separa as classes sociais mais ricas das mais pobres. Falamos de sujeitos que não conseguem acessar os seus direitos básicos. Chamamos atenção para os sujeitos que realizam a reprodução da vida social em condições de moradia precária, em condições de pouco ou nulo acesso a uma alimentação saudável, em condições de emprego extremamente exploratórios, em condições de não acesso à educação básica, ao lazer etc. Logo, falamos de algo que coloca em cheque a *dignidade humana*. É essa a estrutura que tem afetado imensamente a qualidade de vida da

nossa população. Dahlberg e Krug (2006) ressaltam que é certo que, nos países com forte pressão cultural para manter a violência escondida “debaixo do tapete”, ou aceita-la como “natural”, a violência não fatal não será totalmente relatada (DAHLBERG; KRUG, 2006). Relembremos do mito da não violência brasileira²⁷, que até hoje provoca um esforço do Estado em esconder os problemas dos pilares da sociedade para priorizar a cordialidade. Pois é justamente dessa violência que falamos aqui.

Ora, ter saúde implica, entre outros determinantes, ter uma vida digna. A saúde é um dos direitos indispensáveis à dignidade humana, que, por sua vez, é profundamente afetado quando os outros direitos básicos também são negligenciados a um indivíduo ou grupo. O contrário também acontece. Um sujeito que não está em boas condições de saúde, enfrenta ferrenhas dificuldades de realizar tantas outras atividades vitais, como a busca por um emprego, por exemplo. Por sua vez, a dificuldade na inserção ao mercado de trabalho, pode, ligeiramente, implicar que o indivíduo tenha dificuldade no acesso a uma alimentação adequada, que, por sua vez, implica diretamente em uma condição prejudicada de saúde. É a partir dessa dinâmica²⁸ que surgirão as doenças relacionadas às condições precárias de vida. A respeito, Dallari (1987) afirma que a saúde tem um aspecto individual, privado, que diz respeito a escolhas dos indivíduos. Todavia, tem também um aspecto coletivo, público, e não somente isso:

Hoje já se constatou que a saúde dos indivíduos que compõem uma coletividade é diretamente afetada pelo nível de desenvolvimento socioeconômico dessa coletividade. Assim, um Estado que não tenha recursos econômicos para instalar uma rede de águas filtradas e de tratamento de esgotos não conseguirá acabar com as doenças gastrointestinais transmitidas pela água [...], Mas mesmo que esse Estado tenha recursos econômicos suficientes e instale uma rede de água e esgoto, as doenças gastrointestinais não serão eliminadas se ele ainda não tiver alcançada bom desenvolvimento cultural, isto é, se todos os indivíduos não receberem educação para a saúde [...] Para que se possa garantir o direito à saúde de determinado indivíduo que faz parte de uma sociedade, é necessário que essa sociedade atinja certo nível de desenvolvimento socioeconômico e cultural. (DALLARI, 1987, p. 7)

A autora complementa, afirmando que, modernamente se exige do Estado a responsabilização pela saúde do povo porque se sabe que a saúde não é apenas a ausência de doença. Ou seja, só tem saúde quem está bem adaptado ao seu ambiente geral. Dessa forma, não é suficiente a participação do Estado apenas promovendo boas condições de trabalho. É necessário que ele promova também boas condições de estudo, transporte, alimentação, moradia, lazer etc. Isso implica dizer que, o direito à saúde será efetivamente assegurado

²⁷ Ver: Marilena Chauí – Sobre a violência, 2017.

²⁸ Destacamos que diversos exemplos reais ilustram essa dinâmica, o exemplo mais utilizado é de famílias que residem em territórios que não tem acesso ao saneamento básico. A falta de saneamento básico facilita a transmissão de muitas doenças veiculadas pela água não filtrada.

quando o Estado se responsabilizar pela prestação de todas aquelas atividades consideradas como o mínimo que deve ser oferecido a todo o povo. É indispensável que esses serviços atinjam todas as pessoas da comunidade (DALLARI, 1987). Com isso, vemos que a violência estrutural acarreta consequências no que tange ao *nível* e a *expectativa de vida* dos sujeitos.

Alguns indicadores são misteres para avaliar o nível de vida. Dallari (ibid., p. 22) elenca os três principais: a renda *per capita*, a urbanização e a proporção de alfabetizados na população. Outros indicadores citados pela autora, são os indicadores sanitários indiretos, que dizem respeito a condições ambientais que implicam variações nos níveis de saúde, como as porcentagens da população servida por rede pública de água e esgoto, e a poluição ambiental, por exemplo. Já os indicadores diretos, mostram diretamente o nível de saúde, informando também sobre a ausência ou presença de determinadas doenças na população, que podem ter um caráter global ou específico. Um exemplo são os coeficientes de mortalidade infantil. Sobre tal, Dallari (1987), afirma que, sabendo que a morte nessa situação é diretamente influenciada pelo estado de saneamento, educação, nutrição, assistência sanitária à maternidade e à infância, ou seja, pelo conjunto de condições socioeconômico-culturais da população, o coeficiente de mortalidade infantil será, então, um bom indicador dessas condições, a mais “como a saúde é parte integrante do nível de vida populacional, se poderá inferir a situação de saúde de uma população pelo coeficiente de mortalidade infantil que ela apresenta” (ibid., p. 29). Por fim, a esperança de vida ao nascer ou vida média ao nascer também é um indicador importante quando falamos de violência estrutural, tendo em vista que tais sujeitos, em determinadas condições estabelecidas, já nascem com uma expectativa de vida também determinada.

Para Ferreira e Latorre (2012) que estudaram a respeito das desigualdades sociais e a epidemiologia, a explicação para os efeitos da desigualdade social na saúde é psicossocial, ou seja, a partir da percepção que os indivíduos têm do seu lugar na hierarquia social. Os problemas psicossociais causados pela vivência dos indivíduos em sociedades desiguais vêm sendo apontada como uma das grandes responsáveis pelas altas taxas de homicídio, mortalidade e uma menor esperança de vida ao nascer (FERREIRA; LATORRE, 2012, p. 2524).

A comprovação de que a desigualdade social acarreta problemas mentais foi obtida entre os países desenvolvidos, através de estudos ecológicos e individuados [...] A explicação plausível para tal consiste no fato da desigualdade social provocar efeitos psicossociais como *humilhação e perda de autoestima*. Nesse sentido, em condições de relativa privação socioeconômica esses indivíduos sofreriam de *stress crônico que direta ou indiretamente afetaria a sua saúde*. Os efeitos psicossociais mais evidentes em uma sociedade de classes é a humilhação social. Esse é um sofrimento longamente aturado e “ruminado” pelas pessoas da classe pobre. (FERREIRA; LATORRE, 2012, p. 2529, grifos nossos)

O médico sanitарista Fleury-Teixeira compartilha da mesma perspectiva, afirmando que o indivíduo, de acordo com a sua posição no ordenamento social, tem acesso aos meios produzidos e disponibilizados pela humanidade, realizando suas potencias naturais dentro das condições e possibilidades do meio social em que vive, assim como desempenha potencias que são de origem essencialmente social (FLEURY-TEIXEIRA, 2009). Ainda para o autor, além da maior exposição aos riscos, a vulnerabilidade das populações é ampliada pela deficiência no acesso à educação e aos serviços de saúde, o que reduz a sua capacidade de lidar com os riscos (ibid.). Afirma:

As condições de habitação e ambientais do peridomicílio, a existência de restrições no acesso à alimentação e a outros bens fundamentais, as características físicas das atividades realizadas no trabalho, assim como as condições do ambiente em que se realiza o trabalho, podem implicar uma série de riscos à saúde que, em geral, estão além da possibilidade de controle por parte dos indivíduos. Essas condições são essencialmente determinadas pela posição dos indivíduos na hierarquia social e na divisão social do trabalho e da renda (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 384).

Por conseguinte, relacionamos também ao fator nível de saúde, a *perspectiva de vida* como mais um fator que a violência estrutural implicará. Isto é, para os sujeitos que, diariamente vivenciam a desigualdade social, sobrevivendo às margens dos grandes centros urbanos, pensar em perspectiva de vida pode ser muito distante e, por vezes, adoeedor. Costa apud Ferreira e Latorre (2012) afirma que grupos populacionais se sentem invisíveis socialmente, porque não são percebidos pelos demais. Essa indiferença é traduzida em *“lágrimas, gagueira, emudecimento, endurecimento ou agitação do corpo, o protesto confuso, a ação violenta e até mesmo o crime”* (p. 2529)²⁹. Com mais esse elemento, observamos que além do aspecto da baixa renda ou da pobreza absoluta interferindo sobre as condições de saúde, a posição de inferioridade que alguns ocupam na hierarquia social também produzem efeitos psicossociais degradantes sobre os indivíduos. Ressaltamos, o sentimento de inferioridade é perpetuado pelo modo como a nossa sociedade está organizada.

Conforme afirma Schilling (2004), há uma série de fatores que confluem e que constituem o ambiente para o aparecimento dos eventos fatais – e aqui como a violência estrutural pode acabar em doença ou óbito. Portanto, a autora provoca apresentando que a pergunta central poderia ser formulada do seguinte modo: “Quais são os projetos de vida que podem ser desenvolvidos em regiões geográficas e socialmente de inclusão-exclusão precária

²⁹ Costa apud Ferreira e Latorre (2012) complementa a respeito da humilhação social, construída a partir das desigualdades: A experiência da humilhação é uma realidade inapelável, *“fincado na carne, vivida como uma espécie de queimadura: arde marca-lhe o corpo como cicatriz, rouba-lhe sensibilidade, torna corpo e alma vulneráveis, frágeis. A experiência de ser humilhado fere a percepção de si mesmo, fere a estima por si própria: a imagem refletida no outro com distorção”* (p. 2529).

e instável? Quais são as perspectivas de futuro? ” (SCHILLING, 2004, p. 52). Isto é, vão constituir-se como reflexos da sociedade desigual, nos setores mais vulneráveis, jovens, meninos e meninas, convivendo com o medo de não serem “nada na vida”, “ninguém” (ibid.). Minayo (2006), acrescenta que, a violência que o jovem pobre e das periferias urbanas reproduz a partir de sua entrada em organizações criminosas, por exemplo, tem relação com a violência do não-reconhecimento que o acompanha desde o nascimento (2006, p. 337). De acordo com Barata (2009):

Para as camadas da população vivendo em condições de exclusão social, os comportamentos violentos aparecem muitas vezes como reafirmadores de identidade. A frustração das expectativas, associada ao desemprego crônico e à falta de participação na vida social, acaba por produzir sentimentos de marginalização e diminuição da autoestima, potencializados pela vivência da extrema situação de desigualdade, concorrendo para maior exposição e vitimização dos moradores das áreas periféricas mais pobres. (BARATA, 2009, s/p)

Dáí decorem, desde agravos como a violência delinquencial, passando pela violência autoprovocada, até as doenças referente à saúde mental, que representam um elevado indicador na contemporaneidade. Odalia (2017), ao analisar a violência estruturante e, trazer a categoria do individualismo e a da fragmentação ao seu conceito, alerta:

A institucionalização da miséria, do sofrimento, da dor, da indiferença pelos outros, da ignorância, do não saber sobre si e sobre sua sociedade, não ocorre porque o homem é mau – uma ave de rapina nas palavras de Oswald Spengler – mas pelo simples fato de que uma sociedade estruturada para permitir que a competição, o sucesso pessoal individualizado, sejam os parâmetros de aferição do que o homem é, não pode, evidentemente, preparar o homem para ver no seu semelhante outra coisa que não um concorrente ou uma presa a ser devorada. (ODALIA, 2017, s/p)

À visto disso, inclusive a falta de perspectivas, que assola as populações marginalizadas em maior grau, é possível de interferir na saúde dos sujeitos, assim como o incentivo incessante a competitividade e ao individualismo – outra característica intrínseca do capitalismo. O que implica esse cenário ao setor saúde? Concordamos com Minayo e Souza (1998) quando afirmam que a violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social, portanto, não é objeto específico da área da saúde. Mas, além de atender às vítimas dessa violência estrutural, a área tem a função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a *promover a saúde*. Logo, a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade (MINAYO; SOUZA, 1998). A mais, a proposta da saúde pública, alheia à via punitiva e policialesca, é uma grande potência ao enfrentamento da violência estrutural que não acarrete estigmas às famílias.

Ao retomarmos a Carta de Ottawa (1986), veremos constar que: “Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”. No entanto, para que os indivíduos possam realizar essas atividades, e, participar das decisões da vida pública, precisam primeiramente ter suas necessidades básicas atendidas, posto que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (OPAS, 1986). Isto posto, as ações de promoção da saúde objetivam, por meio da defesa da saúde, fazer com que as condições de paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OPAS, 1986) sejam cada vez mais favoráveis.

Agora, para essa parcela da população, que a qualidade de vida não é um aspecto facilmente atingível, todos os dias se tornam uma luta em dobro pela vida. O desgaste físico e mental é elevado a outro patamar. Geralmente, identifica-se como uma população que também experimenta os empregos mais insalubres e precários. A contrapartida, o lazer, por exemplo, também acaba sendo extremamente negligenciado. Ainda à essas desigualdades que trazemos, a categoria da exclusão social³⁰ é intrínseca. E, conforme assinala a Fleury (2017), a exclusão social aparece como expressão da questão social, isto é, problemática que demanda como resposta seu equacionamento por parte do governo e da sociedade. Novamente, não irá configurar-se como responsabilidade única e exclusivamente da saúde, mas sem dúvida falamos de uma política pública que imprime um papel potencial nas ações de enfrentamento. Uma vez que:

A coexistência, em um mesmo grupo populacional, de situações de pobreza, ausência de direitos sociais ou de condições de exercê-los, e sua exclusão da comunidade sócio política, não nos deve confundir e levar-nos a pensar que se trata de um fenômeno simples, subordinado à dimensão econômica, o que implicaria em uma estratégia técnico-redistributiva de enfrentamento desta complexa condição [...] a nossa questão social - a exclusão - requer o posicionamento de diferentes atores da sociedade, inaugura novas formas de sociabilidade, define o campo estratégico de lutas, constrói novos sujeitos e novas subjetividades, demanda o desenvolvimento de novos saberes e tecnologias disciplinares, produz novas estratégias de reconstrução da ordem política e de enquadramento das demandas sociais e aponta no sentido de processos de transformação das estruturas institucionais estatais. (FLEURY, 2017, p. 1424)

³⁰ Para Ferreira e Latorre (2012), ainda: a segregação de espaços sociais é outro aspecto que exprime materialmente a humilhação de lugares reservados e lugares vetados, lugares prestigiados e lugares indigentes, lugares de ricos e lugares de pobres. O fato dos pobres e excluídos não recusarem a segregação deve-se à nefasta informação da ideologia; informações que mascaram os motivos históricos e forjam explicações apaziguadoras pelos quais uma classe inteira de homens está a alimentar uma outra (FERREIRA; LATORRE, 2012, p. 2529).

Isto é, o setor saúde configura-se como um campo potencial para participar ativamente das estratégias de enfrentamento da desigualdade e da exclusão social, tendo em vista que tais fenômenos não são um problema exclusivo da esfera econômica. De acordo com Sanchez e Minayo (2006), a intervenção específica do setor nesse sentido deve ser feita para reduzir e eliminar as desigualdades em saúde, ampliar o acesso e a qualidade da atenção. Porém, no âmbito da cidadania, os profissionais deveriam se engajar nos processos políticos de transformação social (SANCHEZ; MINAYO, 2006, p. 31). Ademais, a sociedade civil vinculada ao setor saúde, sem dúvida, tem sido ator relevante na sensibilização social, mas, sobretudo, na implantação de serviços que atendem às vítimas e aprofundam a consciência de direitos e a atenção integral (ibid.). Para Neri e Soares (2002), existe uma certa endogeneidade na equação de rendimentos dos indivíduos, ou seja, um pior rendimento gera uma saúde mais precária, e uma pior saúde, um menor rendimento. É nesse sentido que políticas de provisão de saúde pública são políticas de combate à pobreza e à desigualdade.

Evidenciamos também, que, o setor saúde, a partir do caráter descentralizado da atenção básica, torna-se um espaço privilegiado onde os sujeitos ora ou outra, sentem-se confortáveis para compartilhar as suas necessidades sociais, além das biológicas. É preciso, todavia, ter um olhar ampliado às queixas dos indivíduos. Podemos estar diante de um indivíduo que não tem conseguido dar conta das suas necessidades, e por isso as suas dores. Os próprios diagnósticos locais permitem que saibamos quais as maiores dificuldades enfrentadas pela população de tal território. O território pode ser a primeira e principal potência de cuidado. No entanto, a violência estrutural se apresenta diferente conforme a localidade, há territórios que vivenciarão uma ou outra em maior grau. Por isso, conforme descrito na Carta de Ottawa, “As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos” (OPAS, 1986).

Barata (2009) também discute essa questão, assinalando que, além da maior coesão social e dos laços cooperativos que caracterizam o chamado capital social, outras explicações para melhor nível de saúde em situações de menor desigualdade apontam as *políticas públicas universalistas* como responsáveis por parcela dos resultados (BARATA, 2009). Portanto, a saúde, como uma política pública universal, possui o seu papel social no trato com a violência estrutural. Não obstante, outro aspecto importante é que falamos aqui, do enfrentamento da violência estrutural dentro dos limites do capitalismo, e por isso a importância da atuação das políticas públicas, tendo em vista que o modo como a sociedade encontra-se organizada atualmente, não esgotará ou superará o fenômeno da desigualdade social por si só.

Ainda no que tange a relação da saúde com a qualidade e expectativa de vida, Barata (2009), afirma que a esperança de vida se correlaciona com qualquer uma das medidas de concentração de renda: o coeficiente de Gini, a proporção da riqueza apropriada pelo percentil 70 da distribuição populacional, a proporção da população vivendo em pobreza relativa e outros. Para a autora:

Os impactos das desigualdades na qualidade de vida são diretos sobre os mais pobres, mas afetam as demais camadas da sociedade porque provocam deterioração da vida pública, perda do senso de comunidade, bem como aumento da criminalidade e da violência. A vida em sociedade com grandes desigualdades sociais parece menos civilizada, como afirma Wilkinson, importante estudioso do tema. (BARATA, 2009, s/p)

Sendo assim, alcançar a equidade em saúde, segundo o que consta na Carta de Ottawa (1986), é um dos focos da promoção da saúde, posto que as ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu *potencial de saúde*. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como *oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia*³¹ (OPAS, 1986). Mesmo assim, as pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde. Bovincini e Silva (2015), corroboram, afirmando que promover saúde supera curar doença, mas, supera também pensar somente em danos físicos ou psicológicos:

[...] proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar, através de valores socialmente definidos e compartilhados. Representando, assim, uma nova e mais adequada redistribuição de direitos e responsabilidades entre o Estado e a sociedade. (BONVINCINI; SILVA, 2015, p. 84)

Sobre tal, cabe destacar, a partir do Relatório Mundial sobre violência e saúde, que cada vez mais há a necessidade de fortalecer as ações em saúde, no âmbito daquela violência que não produza necessariamente ferimentos ou morte. Mas, impõem um peso substancial em indivíduos, famílias, comunidades e sistema de saúde como um todo (KRUG et al, 2002). Muitas expressões da violência estrutural podem resultar em problemas físicos e psicológicos que não se apresentam, necessariamente em forma de ferimento, incapacidade ou morte. Pelo contrário, justamente por não se presentificarem dessa forma, é que há o estranhamento em reconhecer os ataques à dignidade humana como uma questão para a saúde.

³¹ Conforme explicita Potyara Pereira (2011), “[...] não há vida saudável e autônoma se os indivíduos não forem atendidos nas suas necessidades básicas [...]” (p. 87). Dessa forma, fica prejudicada a emancipação dos sujeitos, que abrange o fato dos indivíduos poderem fazer escolhas.

Dallari (1987) constatou em seus estudos que, muitos brasileiros vivem mal porque moram em cidades que não se prepararam para recebe-los, não lhes dando local adequado para residir, meio de transporte suficiente para conduzi-los ao trabalho e, às vezes, nem o emprego necessário para a sobrevivência de sua família. E continua “eles vivem mal hoje e deverão viver mal ainda amanhã porque seus filhos não têm acesso às escolas e a família possui baixo nível de saúde” (p. 82). Em vista disso, a autora afirma que se deve ter como prioridade melhorar o nível de vida do povo brasileiro. Dallari aponta que todo o brasileiro pode ter saúde porque a igualdade na miséria, que caracteriza parte da população, indica que é preciso mudar. Dessa forma, o Estado não pode permanecer indiferente às miseráveis condições de vida e, conseqüentemente, de saúde do seu povo (DALLARI, 1987).

Reconhecemos, substancialmente, o envolvimento do setor saúde a partir das ações de prevenção e do seu potencial de identificação dos impactos da violência estrutural na saúde da população. Os agravos decorrentes dessa expressão da violência aparecem nos serviços de saúde de forma recorrente. Embora o caráter universal do SUS, sabemos que falamos de uma especificidade quando a população que o acessa exclusivamente tem características sociodemográficas específicas. Os sujeitos buscam atendimento em função das lesões e traumas, todavia, a partir da escuta e da acolhida sensível – com conhecimento científico³², é possível superar a centralidade da doença. Para Minayo e Souza, pensar qualquer programa de prevenção e mudanças no campo da violência no Brasil, significa combinar a atuação no campo macroestrutural, nas questões conjunturais que expressam problemas estruturais, nos problemas de ordem cultural e nas relações interpessoais, no âmbito privado e público (MINAYO; SOUZA, 1998).

Não obstante, não há soluções simples para um problema com tamanha complexidade, tampouco soluções autoritárias poderão dar conta. Ainda, tampouco a saúde pública poderá aniquilar sozinha a essa questão. Trazemos até aqui o potencial que tal setor tem para contribuir no enfrentamento da violência estrutural, a partir de políticas específicas que procurem diminuir os reflexos da desigualdade social e das iniquidades em saúde. A equidade sem dúvidas torna-se um caminho para esse enfrentamento, dentro dos limites da sociedade capitalista. Conforme apresenta Barata (2009), a implementação e o aprimoramento contínuo do SUS, com o fim de

³² Minayo e Souza (2009), afirmam que: “é importante que se diga que este quadro de elevada mortalidade e morbidade por violência no Brasil não pode ser compreendido integralmente, sem que se lance mão de determinados termos e conceitos como desigualdade, injustiça, corrupção, impunidade, deterioração institucional, violação dos direitos humanos, banalização e pouca valorização da vida” (MINAYO; SOUZA 1999, p. 15).

tornar realidade os princípios da universalização, integralidade e equidade, fazem parte deste esforço para minorar as desigualdades sociais em saúde. Para a autora:

As experiências levadas a efeito para promover a equidade em saúde incluem políticas de redução da desigualdade de renda e de redução da pobreza, políticas fiscais progressivas, controle sobre o capital volátil, perdão da dívida e novas fórmulas de cálculo baseadas na atenção às necessidades básicas, políticas de redução da vulnerabilidade e investimentos em saúde. (BARATA, 2009, s/p)

Logo, reconhecer as desigualdades sociais em saúde, buscar compreender os processos que produzem e identificar os diferentes aspectos que estabelecem a mediação entre os processos macrossociais e o perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais é uma condição indispensável para que seja possível buscar formas de enfrentamento, sejam elas no âmbito das políticas públicas, sejam elas no âmbito da vida cotidiana (BARATA, 2009). Não há dúvidas, portanto, quanto ao impacto da violência estrutural para o próprio sistema de saúde. Ao falarmos de estrutura social, relacionando com a saúde pública, inexoravelmente precisamos citar os impactos para uma política pública que já vem sendo sucateada nos últimos dias. Bonvincini e Silva evidenciam que além dos efeitos diretos e indiretos, físicos e simbólicos, sobre a população, os problemas classificados por tipos diferentes de violência, congestionam serviços de saúde, aumentam os custos integrais da atenção e afetam a qualidade da cobertura do serviço público de saúde (BONVINCINI; SILVA, 2015).

Ainda, além dos altos custos para a saúde, há um custo humano imensurável de dor e sofrimento para os sujeitos que vivenciam tais expressões da violência. A violência estrutural possui um caráter revelador das estruturas de dominação (de classes, grupos, indivíduos, etnias, faixas etárias, gênero, nações), e surge como expressão de contradições entre os que querem manter privilégios e os que se rebelam contra a opressão. Pelo caráter estrutural do fenômeno que estamos tratando, Minayo e Souza (1998) afirmam que se os objetos da violência e saúde são sujeitos em relações sócio-históricas, é necessário fugir das explicações ahistóricas, metafísicas e fatalistas, fora das situações onde acontecem. Isto é, a saúde, a partir da epidemiologia, buscam também identificar fatores de risco e grupos vulneráveis. Possibilitam, ainda, a desmistificação de mitos da opinião pública sobre o que se costuma chamar 'classes perigosas' ou 'criminosos preferenciais' (MINAYO; SOUZA, 1998).

Sérgio Arouca, durante uma entrevista concedida a rádio Radis, da Fundação Oswaldo Cruz, no ano de 2003, já afirmava que a saúde precisava retomar os princípios básicos da Reforma Sanitária que não se resumiam à criação do SUS. Falava ainda que o conceito saúde-doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, “temos que discutir a saúde

não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente” (AROUCA, 2003). Rita Barata, por sua vez, acrescenta:

Reconhecer as desigualdades sociais em saúde, buscar compreender os processos que produzem e identificar os diferentes aspectos que estabelecem a mediação entre os processos macrossociais e o perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais é uma condição indispensável para que seja possível buscar formas de enfrentamento, sejam elas no âmbito das políticas públicas, sejam elas no âmbito da vida cotidiana. (BARATA, 2009, s/p)

Logo, os autores que escolhemos para sintetizar os conhecimentos existentes a respeito do impacto da violência estrutural na saúde da população, a partir de uma perspectiva crítica de abordar a essa questão, evidenciam: a violência estrutural, a partir de suas múltiplas expressões, com destaque a desigualdade social e a precariedade ainda no que tange o acesso integral aos direitos conquistados, produzem iniquidades no estado de saúde das pessoas. As iniquidades no estado de saúde, por sua vez, produzem a queda do potencial de saúde dos sujeitos, do nível, expectativa, qualidade e perspectiva de vida. Para tanto, conforme provoca Dallari (1978), “Sim. Hoje o Brasil pode iniciar um processo que garantirá dentro de curto prazo o direito à saúde de todos os brasileiros” (DALLARI, 1978, p. 82), posto que, “a verificação de que existem imensas diferenças entre as condições de vida e de saúde do brasileiro indica que o Brasil deve atuar em nível local para realizar as mudanças necessárias” (ibid., p. 83).

A autora insiste: “Sim. Hoje o Brasil pode iniciar um processo que garantirá dentro de curto prazo o direito à saúde de todos os brasileiros”, para tanto:

A participação popular no governo é o meio para que se alcance o desenvolvimento nacional com justiça social, objetivo da ordem econômica e social brasileira (Constituição Federal, art. 160). Com efeito, desenvolvimento supõe não apenas crescimento econômico, mas, sobretudo, elevação do nível cultural-intelectual comunitário, importando também num processo ativo de mudança social. [...] esse é um movimento com dois sentidos, porque o povo participante gera maior crescimento econômico. (DALLARI, 1978, p. 85)

A epidemiologia, que tratamos brevemente por aqui, e vem sendo a área que atua atualmente com a violência no âmbito da saúde, é apenas umas das disciplinas do campo da saúde a se preocupar com a temática das desigualdades sociais. Há diversas abordagens dessa mesma temática no âmbito das ciências sociais em saúde e também relativas ao financiamento e à organização dos serviços de saúde. O setor saúde, em conjunto com as outras políticas públicas responsáveis por amenizar os efeitos catastróficos da contradição gerada entre capital e trabalho, e, não obstante, em conjunto com a sociedade civil organizada, possuem elementos príncipes para participar desse enfrentamento. Barata nos sinalizou incansavelmente que o contexto social determina a cada indivíduo sua posição e esta, por sua vez, determina as

oportunidades de saúde segundo exposições a condições nocivas ou saudáveis e segundo situações distintas de vulnerabilidades (BARATA, 2009). No entanto, para tornar realidade os princípios da universalidade, equidade e integralidade, o aprimoramento e efetiva implementação do SUS fazem parte do esforço para garantir a redução das desigualdades sociais.

Finalmente, Minayo (1994) aborda, em primeiro lugar, que as energias têm que ser encaminhadas para o pleno exercício da democracia e para a luta por justiça social, buscando, ao mesmo tempo, atuar sobre as causas da violência e as causas da pobreza e miséria do País. Em segundo e último lugar, que é consensual que qualquer ação para superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitárias que militam por direitos e cidadania. Sobretudo, há que atuar com uma visão ampla do fenômeno, mas em níveis locais e específicos (MINAYO, 1994). A autora complementa: “a mensagem mais importante que se pode dar a partir do setor saúde é que, na sua maioria, os eventos violentos não são acidentais, não são fatalidades, não são falta de sorte: eles podem ser enfrentados, prevenidos e evitados” (ibid., p. 16). Com a especificidade da violência estrutural não é diferente: ela pode ser enfrentada, prevenida e evitada. A sua superação depende da construção de uma nova ordem societária, mais justa e igualitária. Todavia, a nossa intenção foi elencar, nesse momento, as possibilidades de enfrentamento dessa forma perversa de dominação dos sujeitos, a partir das ações de promoção de saúde. Ou como afirma Dallari: “Existem todas as condições necessárias para que o Estado brasileiro assuma decididamente sua função de garantidor da saúde dos brasileiros. Mãos à obra!” (DALLARI, 1978, p. 86).

3.2.1 A caracterização da violência estrutural como determinante do processo saúde-doença presentificada nos marcadores sociais de *gênero, raça-etnia e classe*

*Sabia perfeitamente que era assim,
acostumara-se a todas as
violências, a todas as injustiças. E
aos conhecidos que dormiam no
tronco e aguentavam cipó de boi
oferecia consolações: — “Tenha
paciência. Apanhar do governo
não é desfeita”.*

Graciliano Ramos em “Vidas Secas”

No segundo capítulo deste trabalho, explanamos a respeito da caracterização da violência estrutural no Brasil a partir das desigualdades de gênero, raça e classe, por meio de dados que ilustram a realidade social dos sujeitos que vivem sob tais condições. Acreditamos ficar evidente que as condições de vida são objetivamente diferentes para indivíduos que correspondem às chamadas minorias sociais. Agora, implica que apresentemos brevemente, que tais grupos também demonstram disparidades no que tange a situação de saúde. Dessa forma, *gênero*, *raça* e *classe* são determinantes para o potencial de saúde da população. Embasados em Rita Barata, destacamos que os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade, são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem perfis epidemiológicos de saúde e doença (BARATA, 2009).

Ao iniciar a nossa discussão com a desigualdade de gênero³³, urge destacar que, na saúde, o conceito de gênero é utilizado tanto para marcar características próprias aos comportamentos de grupos e sujeitos sociais e para estabelecer o contraste entre feminino e masculino, como para focar as relações que se estabelecem entre masculino e feminino no âmbito social, e que apresentam repercussões para o estado de saúde e para o acesso e utilização dos serviços de saúde (BARATA, 2009). Ou seja, o setor saúde admite, que, definitivamente, gênero não é sinônimo de sexo. Barata destaca que a variável sexo já apresentava diferenças em saúde quando analisadas, no entanto, não dava conta das questões de gênero, que apresentam um aspecto ainda mais saliente quanto as assimetrias de poder. De fato, veremos que o potencial de saúde se apresenta de diferentes formas aos homens e as mulheres. Também se apresenta de diferente forma às mulheres proletárias e às mulheres burguesas. Por sua vez, também se apresentará diferente às mulheres e aos homens negros e mulheres e homens brancos.

Na maioria das populações, a mortalidade é maior entre os homens em todas as faixas etárias. Geralmente, esse fato está atribuído à exposição a fatores de risco, que é identificada em maior grau pelos homens. Seja na exposição a trabalhos insalubres, em relação a comportamentos nocivos para a saúde, tais como consumo exagerado de álcool, cigarros e outras drogas, bem como maior exposição a situação de risco para acidentes e violências (BARATA, 2009). Quando observamos os dados de homicídios, por exemplo, de acordo com o Atlas da Violência de 2020, os homens representam 91,8% da taxa de homicídios ocorridos

³³ Destacamos que, para esse trabalho, iremos nos deter somente à violência contra mulheres cisgênero, tendo em vista que abordar gênero na sua totalidade exigiria outra abordagem e maior dedicação para tal. Todavia, reconhecemos fielmente que a violência de gênero acontece também em graus diferentes com as pessoas transgênero, por exemplo.

entre os anos de 2008 e 2018 (IPEA, 2020). Dessa forma, com a maior mortalidade masculina em todas as idades, a esperança de vida das mulheres cresce em ritmo mais acelerado. Todavia, Barata (2009), faz uma ressalva a essa questão:

Esses dados, embora classificados por sexo dos indivíduos afetados, podem indicar diferenças de gênero, pois não há razões estritamente biológicas para que os homens apresentem maior mortalidade geral em todas as idades, conseqüentemente, menor esperança de vida ao nascer, nem para que os homens jovens apresentem riscos de morrer tão acentuado em comparação com o risco das mulheres. As diferenças mencionadas certamente refletem diferenças de gênero, isto é, decorrentes da divisão sexual do trabalho, da construção social e cultural do masculino e do feminino em nossa sociedade, bem como dos distintos modos de vida determinados pela inserção social dos indivíduos, mas modulados pela posição e pelas relações de gênero. (BARATA, 2009, s/p)

No que tange a perspectiva estrutural, que determina os papéis entre homens e mulheres, essa discrepância a partir da taxa de mortalidade, revela esses papéis. As mulheres, desde a divisão sexual do trabalho, passaram a ocupar o espaço privado da reprodução social. A partir disso, a elas foram delegadas funções de preparo dos alimentos da caça (realizada pelos homens) e pelos cuidados com a casa e com os filhos. Embora muitos avanços tenhamos travado nesse sentido, a herança dessa configuração patriarcal ainda é presente. Há que destacar também que, essa característica imposta as mulheres, relacionando com o papel do cuidado, determina a maior atenção das mulheres com as questões de saúde e doença. Todavia, Barata (2009) analisa que as mulheres apresentam maiores morbidades. Inquéritos populacionais demonstraram que as mulheres referiram com maior frequência, sintomas graves, problemas crônicos, estado de saúde regular ou ruim e distúrbios psiquiátricos maiores que os homens (BARATA, 2009).

Parte do excesso de morbidade das mulheres em relação aos homens, pode estar relacionado com as características do trabalho feminino, uma vez que as condições de trabalho, como já vimos, são determinantes no estado de saúde. Em acordo com Barata: “o trabalho feminino geralmente está concentrado em certos setores de atividade e em certas profissões predominantemente mal remuneradas” (BARATA, 2009, s/p). Dados apresentados pela autora, levantados pelo IBGE, demonstram que o valor da hora é sempre menor para as mulheres, qualquer que seja a inserção no trabalho. Por sua vez:

Os empregos femininos, além de salários menores, geralmente são mais monótonos, com pequeno ou nenhum grau de autonomia na execução das tarefas, menores perspectivas de progressão, vínculos trabalhistas mais precários, movimentos repetitivos, contato com o público e outras características de desgaste psicológico e emocional. Eventualmente as trabalhadoras ainda estão sujeitas a assédio psicológico e sexual, agravando as condições de precariedade e desgaste. (BARATA, 2009, s/p)

Para além de tais empregos extremamente precarizados, as mulheres ainda enfrentam o trabalho doméstico não pago. Não resta dúvidas quanto a sobrecarga emocional depositada sobre as mulheres, principalmente pela imposição de que é necessário “dar conta” de tudo e ainda demonstrar-se satisfeita e disposta. Dessa forma, embora a expectativa de vida seja maior, o nível de vida das mulheres pode não condizer da mesma forma. O estudo de Barata revela que as mulheres que enfrentam dupla ou tripla jornada de trabalho, são casadas e tem filhos em idade pré-escolar dobram o risco de apresentarem sintomas psiquiátricos (BARATA, 2009). Ora, para essas mulheres, encontrar-se sozinha sob essas condições torna-se um caminho fértil para o sofrimento social, que, por sua vez, não demora a transformar-se em doença.

Barata apresenta ainda outros dados extraídos do IBGE que reforçam a hipótese de que o trabalho remunerado pode apresentar sobrecarga para a saúde das mulheres quando a qualidade do emprego é baixa e, se associa com o trabalho doméstico para a própria família. Há indicativos de que a inserção da mulher no mercado formal desempenhou papel protetor em relação à saúde mental. Todavia, comparando com os homens inseridos no mercado formal ou informal, a situação de saúde mental das mulheres se mostra pior, refletindo, provavelmente, a partir do efeito da dupla ou tripla jornada de trabalho (BARATA, 2009). Isto posto, podemos identificar que a inserção das mulheres no mercado formal de trabalho é contraditória. Ao mesmo tempo que pode representar aspectos de autonomia e independência financeira, pode representar uma grande sobrecarga quando falamos de mulheres que não possuem uma rede de cuidado.

Outra pesquisa interessante para nosso trabalho, divulgada pelo IPEA em 2019, nos levará a outra questão fundamental. Os dados são referentes a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, que demonstrou que o índice de violência doméstica contra mulheres economicamente ativas é maior (52,2%) do que as mulheres que não estão inseridas no mercado formal ou informal (24,9%). A explicação corrobora com o que trazemos até aqui. Mais uma vez, a estrutura patriarcal é quem materializa tais dados. De acordo com os indicativos do IPEA, em muitos casos, a presença feminina no mercado de trabalho, por contrariar o papel devido à mesma dentro de valores patriarcais, faz aumentar as tensões entre o casal, o que resulta em casos de agressões e no fim da união (IPEA, 2019). Portanto, verificamos que, inclusive a ascensão das mulheres na sociedade acaba por provocar maiores índices de violência, posto que mexe na esfera estrutural³⁴.

³⁴ As publicações do Relatório Mundial sobre violência e saúde (2002), também chamam atenção à essa questão, fundamentalmente estrutural: *“As justificativas culturais para a violência geralmente decorrem de noções tradicionais dos papéis característicos dos homens e das mulheres. Em muitos cenários, as mulheres devem cuidar*

Todas essas questões, de acordo com Barata, moldam o perfil epidemiológico no qual as mulheres apresentam maior frequência de doenças e agravos à saúde e menor mortalidade, quando comparado aos homens. Entretanto, a partir do indicativo trazido anteriormente, vemos que há outras determinações que impactam significativamente a saúde das mulheres e, inclusive, derivam também da desigualdade de gênero. Embora a violência doméstica esteja, a partir do conceito da OMS, contida na violência intrafamiliar, não temos dúvida que é originada a partir dos aspectos estruturais da sociedade, como vínhamos sinalizando. Portanto, também nos é fundamental. Enquanto a violência urbana afeta disparadamente os homens, a violência doméstica afeta na mesma medida, as mulheres. De acordo com Schraiber e d'Oliveira (1999), essa violência tem consequências para a saúde que vão além dos traumas óbvios das agressões físicas. A violência contra as mulheres, principalmente a doméstica, tem sido associada com o aumento de diversos problemas de saúde como baixo peso ao nascer, queixas ginecológicas, depressão, suicídio, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST), queixas gastrointestinais, queixas vagas, e outras (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Portanto, ser mulher, no modo como a sociedade encontra-se organizada atualmente, nos coloca em risco à saúde a partir de diversas determinações. Para além das biológicas, onde destacam-se as doenças hormonais ou complicações de gravidez, chamamos atenção para as determinações derivadas da estrutura social. Aqui, a violência, nas suas múltiplas expressões ganham força. Reforçamos: embora a violência doméstica não seja tratada, pela grande maioria dos autores, dentro da definição de violência estrutural, destacamos que a definição engloba as opressões de gênero, que, conseqüentemente, influenciam diretamente na violência contra as mulheres, com destaque para a violência doméstica. Schraiber e d'Oliveira (1999) destacavam que, desde os anos 1980, o movimento feminista vinha incorporando como suas principais pautas: a violência e a saúde das mulheres. Não é em vão, a violência, especificamente na sua matriz estrutural, interfere na saúde das mulheres.

No que tange a classe social e sua relação com a saúde, ao longo do nosso trabalho, exploramos significativamente esse aspecto. O antagonismo entre classes, que se apresenta pela desigualdade social foi a nossa principal abordagem. Logo, a violência estrutural se presentifica na classe social dominada e o seu impacto produz sérios prejuízos na saúde da população proletária. Portanto, temos uma especificidade que corresponde a classe que os sujeitos pertencem. De acordo com Barata (2009):

dos filhos e de seus lares, mostrar obediência a seu marido e também respeito. Se um homem achar que a mulher não cumpriu seu papel ou ultrapassou os limites – mesmo, por exemplo, ao pedir dinheiro para casa ou ao enfatizar as necessidades das crianças – então a violência pode ser a resposta dele” (p. 96).

O sistema de produção social dos diferentes grupos inclui os padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, as formas organizativas ou de participação social, a política e a cultura. Esse sistema contraditório de relações, do qual participam processos benéficos mantenedores da saúde e processos deletérios produtores da doença, acoplam-se aos padrões de saúde-doença das frações de classes sociais, constituindo assim os perfis epidemiológicos de classe. (BARATA, 2009, s/p)

Dessa forma, em acordo com a autora, há um perfil epidemiológico específico conforme a classe social que o sujeito está inserido. Logo, há modos diferentes de viver a saúde e a doença. Um estudo realizado por pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), demonstrou, por exemplo, que incidência de baixo peso ao nascer era 2,4 vezes maior em filhos de mães pobres. Outro dado demonstrou que, na burguesia, a incidência de baixo peso foi de 3,1 casos por 100 nascidos vivos; entre o proletariado, 10,7 e no subproletariado³⁵, 13,9. Esses dados demonstram ainda que, em cada classe social o risco de baixo peso é sempre maior para os filhos de mães fumantes. No entanto, o mais interessante é notar que o risco para os filhos de mãe fumantes que pertencem à burguesia, é menor do que o risco para os filhos das mães não fumantes que pertencem ao proletariado ou ao subproletariado (BARATA, 2009). Esses dados demonstram que há um agravamento do problema, que incide diretamente no nível de saúde, conforme piora a situação de classe. Sobre tal, a fim de romper com concepções que buscam explicações moralistas aos fenômenos sociais, a autora reforça:

Embora os indivíduos façam escolhas que possam implicar comportamentos sadios ou nocivos à sua saúde, estas escolhas estão situadas em contextos familiares, econômicos, culturais, políticos e históricos. Os estilos de vida ou os comportamentos individuais são apenas as evidências mais imediatas de todo o processo de determinação-mediação. (BARATA, 2009, s/p)

Os dados de escolaridade também demonstram questões importante associados com a classe social. Conforme trouxemos no Capítulo II, os dados de escolaridade somam-se significativamente aos dados de classe social. Barata apresenta dados do IBGE, onde verificamos que a prevalência de doenças crônicas varia com os anos de escolaridade. Entre os adultos com até três anos de escolaridade, a prevalência de doenças crônicas chega a 55,9%, o que representa um risco 1,28 vezes maior do que aqueles indivíduos com 11 ou mais anos de escolaridade (BARATA, 2009). Outro dado interessante, apresenta-se a partir do PIB *per capita* em cada capital brasileira e os índices de mortalidade infantil. Os dados demonstram que quanto maior a riqueza da capital, menor a taxa de mortalidade infantil. Barata reforça que a maioria das desigualdades sociais em saúde é injusta porque reflete a distribuição dos determinantes

³⁵ De acordo com Barata et al (2013), subproletariado define-se como: “*trabalhador por conta própria ou assalariado sem formação universitária, sem estabelecimento e sem conhecimento de ofício*” (p. 653).

sociais da saúde na sociedade, remetendo, portanto, à distribuição desigual de poder e propriedade (BARATA, 2009). Ou seja, as explicações para as desigualdades em saúde, nesse sentido, são estruturais. As próprias condições objetivas de vida que os sujeitos encontram os colocam em situação de desvantagem, inclusive na própria saúde.

Finalmente, quando trazemos o aspecto da raça-etnia³⁶, as desigualdades são misteres. Barata apresenta que, a discriminação praticada contra determinados grupos étnicos é um meio de expressar e institucionalizar relações sociais de dominação e repressão (BARATA, 2009). A desigualdade étnica-racial é produto intrínseco do modo de produção capitalista. Isto é, justificada pela ideologia e expressa em relações pessoais e institucionais, visa ao privilégio dos grupos dominantes às custas da exclusão e dominação dos outros. No que tange as implicações da raça e etnia com a saúde, a autora levanta que três aspectos dessa relação que são normalmente subavaliados nas pesquisas epidemiológicas: o efeito da *acumulação de desvantagens* ao longo da trajetória de vida, os efeitos contextuais decorrentes da *concentração de grupos étnicos minoritários em áreas residenciais pobres e deterioradas* do ponto de vista urbano e os *efeitos deletérios de viver em uma sociedade percebida como racista* (BARATA, 2009).

Em seus estudos, a autora apresenta que embora as raças não tenham expressão biológica, elas têm um impacto expressivo nas condições de saúde e acesso e utilização de serviços de saúde.

Nas pesquisas em desigualdades sociais em saúde, as desigualdades raciais ou étnicas são geralmente atribuídas a diferentes condições socioeconômicas ou valores culturais resultantes da pior inserção social desses grupos na sociedade. Entretanto, mesmo após controlar o efeito dessas variáveis, as diferenças permanecem demonstrando o efeito independente que o pertencimento a determinado grupo étnico ou racial pode ter sobre o estado de saúde. (BARATA, 2009)

No caso brasileiro, o que se observa é a população negra sofrendo maior desvantagem social. A concentração desta população é maior nas regiões mais pobres do país, o acesso ao saneamento básico, educação e inserção no mercado de trabalho também é menor. No mesmo estudo realizado pela autora, identificou-se que, o risco de mortalidade prematura, ou seja, anterior ao indivíduo completar 65 anos, é sempre maior em negros, em comparação aos brancos. Ainda, a probabilidade de ter um recém-nascido de baixo peso, pequeno para a idade ou prematuro, é significativamente maior entre mães pretas ou mulatas, quando comparadas a mães brancas, mesmo após anular o efeito da renda e da escolaridade. A mais, a proporção de

³⁶ [...] a raça ou etnia, como dimensão particular da estratificação social, é um importante determinantes dos processos de reprodução social, condicionando as possibilidades de acesso aos bens e serviços, modelando a dimensão dos processos sociais e estabelecendo os limites para a repartição do poder (BARATA, 2009, s/p).

mulheres sem assistência pré-natal foi significativamente maior em pardas (4,7%) e pretas (6,7%), comparadas às gestantes brancas (2,5%) (BARATA, 2009). Ora, uma sociedade racista, acaba por reproduzir a discriminação em toda a estrutura social e, por sua vez, o setor saúde não se encontra alheio a tal. As desigualdades étnico-raciais em saúde representam a *ponta do iceberg* do que essas populações enfrentam no seu cotidiano. Os integrantes de tais grupos étnico-raciais discriminados enfrentam desvantagens inclusive no que tange a sua identidade, até a segregação espacial e a exclusão social – aspectos que já evidenciamos de que forma interferem na saúde dos sujeitos.

Barata afirma que alguns problemas e comportamentos de saúde apresentam maior associação com a exposição a situação de discriminação e racismo, e são eles: transtornos mentais, hipertensão arterial, baixo peso e prematuridade, doenças cardíacas, diabetes e obesidade, abuso de álcool e drogas e tabagismo (BARATA, 2009). Ora, os efeitos do racismo e da discriminação sobre a saúde podem ser agudos ou crônicos. Os efeitos de tais atos podem funcionar como um estressor agudo, enquanto viver em uma sociedade racista pode funcionar como estressor crônico (ibid.). Por fim, a autora apresenta que, a partir da sua pesquisa, as pessoas que relataram ter sofrido algum tipo de discriminação, apresentaram maior prevalência de saúde mental ruim, ansiedade e depressão, estresse, problemas graves de sono, ideação suicida, tentativas de suicídio, baixa autoestima e doenças físicas.

Vemos frequentemente os ataques do Estado à essa população. Sujeitos que são mortos por serem pretos e pobres. As iniquidades em saúde também se demonstraram evidentes para essa população. O caminho que se enxerga a partir disso, englobando as três desigualdades apresentadas, é o da equidade, onde busca-se diminuir as desigualdades em saúde e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, conforme as especificidades de cada grupo social que se encontra estruturalmente em desvantagem na sociedade. Como disse Sérgio Arouca no seu discurso na 8ª Conferência Nacional de Saúde: *o medo constante da violência, também é uma violência*. Uma violência que leva a agravos em saúde. E essa é a realidade da população cotidianamente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Um galo sozinho não tece uma
manhã: ele precisará sempre de
outros galos.
De um que apanhe esse grito que
ele e o lance a outro; de um outro
galo que apanhe o grito de um
galo antes
e o lance a outro; e de outros
galos que com muitos outros galos
se cruzem os fios de sol de seus
gritos de galo, para que a manhã,
desde uma teia tênue, se vá
tecendo, entre todos os galos.*

*João Cabral de Melo Neto em
“Tecendo a Manhã”*

Ao fim deste trabalho, retomamos ao que nos propusemos desde o começo dessa produção, fruto de inquietações advindas das experiências ao longo da formação em Serviço Social. Nos propusemos a responder questões norteadoras, elaboradas a partir de uma curiosidade consciente, dentre elas: Como a violência, nas suas múltiplas expressões, pode ser conceituada e analisada sob a perspectiva crítica-dialética? Como caracteriza-se a violência estrutural na sociedade capitalista? O que significa falar em conceito ampliado do processo saúde-doença? Como a violência estrutural, expressada fundamentalmente pela desigualdade social, interfere na Saúde? Foram estas as questões norteadoras da monografia que, de fato, conduziram toda o trabalho que se desenvolveu até aqui. Acreditamos que tais questões foram respondidas ao longo do desenvolvimento do trabalho, e, foram delas que os grandes achados também foram identificados. Realmente, nada era tão óbvio, nem tão simples.

Consideramos, inicialmente, a importância de ter trazido como temática, *a violência e a saúde*. A justificativa inicial tratava de que este era um assunto urgente. Ainda, era um assunto também urgente quando se tratava em Serviço Social, outra preocupação que tínhamos com este trabalho. De fato, esgotar as discussões sobre a violência não será possível tão logo. Também, os/as Assistentes Sociais têm sido chamados cotidianamente a responder à demanda das violências. Quando falamos em violência estrutural, os conceitos chocam-se com o que estudamos a respeito das expressões da questão social durante a formação profissional. Daí que,

após diversos estudos realizados para a construção desta monografia, é possível afirmar que as análises a respeito do fenômeno da violência são inúmeras. Há diversas perspectivas para realizar tais. Falamos de um fenômeno que está enraizado e acompanha as transformações sociais. É por isso, que seus estudos tão logo não se esgotarão. E é por isso também que consideramos que tal temática permanece sendo urgente.

O primeiro passo, contudo, para que possamos identificar e, buscar estratégias para minimizar os efeitos da violência e aqui, especificamente da violência estrutural, é conhecendo do que estamos falando. Consideramos, por isso, que os principais elementos teóricos deste trabalho tenham sido importantes, uma vez que “A ciência não corresponde a um mundo a descrever. Ela corresponde a um mundo a construir”³⁷. Portanto, conforme expressado no desenvolvimento do trabalho, compreender criticamente a respeito de algum fenômeno, principalmente um fenômeno que afeta tanto a vida das pessoas, faz com que nos movemos a um pertencimento de luta constante. E este consideramos ter sido um achado para a vida. Os estudos aqui apresentados não se restringem ao campo teórico - embora seja substancialmente importante para nós. São estudos orientados pela práxis, estudos que foram retirados da realidade concreta e, por sua vez, precisam ser devolvidos também para essa realidade.

Por conseguinte, as principais considerações revelam que há a importância de sempre perguntarmos de que violência estamos falando, quando queremos discuti-la. As suas mais variadas expressões materializam-se de maneiras muito específicas, não sendo possível colocar toda a abrangência do conceito em um único ponto. Não é possível defini-la facilmente – e não deve ser. Logo, consideramos também fundamental, apresentar os contrapontos. Tanto no que tange as concepções de violência, como as concepções de saúde, conforme nos propusemos a fazer. Quando optamos por um referencial teórico, precisamos saber o porquê dessa escolha, e para isso, precisamos conhecer quais outros existem. É assim que vamos construindo a nossa linha de pensamento, as nossas relações entre os conceitos, os nossos argumentos. É assim também que vamos tendo certeza das nossas defesas e para onde iremos com elas. Nesse momento, consideramos importante também esclarecer que os achados aqui não são e nem tiveram o intuito de ser conclusivos, fechados. É a primeira aproximação de uma complexa e densa temática que perpassa diferentes esferas da sociedade e da profissão.

A fim de retomada de tais achados, consideramos fundamental destacar que o mito da não-violência brasileira ainda baliza a forma como diversos atores sociais têm se relacionado com a violência no nosso País. Atualmente vemos líderes governamentais negando a violência,

³⁷ Bachelard apud Goldenberg, 2004, p. 13.

negando o racismo, o machismo e a lgbtfobia. Com certeza é mais cômodo e mais interessante fechar-nos para tal temática. É também mais interessante mostrar um Brasil pacífico e ordeiro – menos quando falamos das populações marginalizadas, pois aí, o tráfico e as guerras entre facções viram espetáculo, espetáculo para promover uma cultura de extermínio da população preta e pobre. No entanto, as raízes e a estrutura que produz tais práticas, permanecem veladas. Afinal, desigualdade social? Racismo? Violência contra a mulher? Isso está nos olhos de quem vê. Realmente. O cotidiano alienante, outro aspecto deveras abordado no trabalho, nos coloca em uma situação de somente enxergar aquilo que é imediato. Por isso, exercitar o pensamento crítico, questionar e manter-se curioso com o que é dado como posto, é fundamental. E esse exercício foi realizado para a construção desse trabalho.

Contudo, os principais conceitos e discussões apresentadas, demonstram que sim, estamos em situação de violência quando somos diminuídos da nossa capacidade de autonomia, estamos em situação de violência quando nossos direitos conquistados nos são negados, estamos em situação de violência quando somos agredidos fisicamente, estamos em situação de violência quando somos chamados de burros, de incapazes, quando somos forçados a fazer algo sem o nosso consentimento. Estamos em situação de violência quando nosso cuidado necessário é negligenciado. Estamos em situação de violência também quando nosso sofrimento social se torna uma tentativa de suicídio. E estamos em situação de violência, quando, na mesma semana em que se comemora o Dia da Consciência Negra, mais um homem negro é morto por seguranças de uma grande empresa, e os representantes do nosso governo afirmam, em rede nacional, em alto e bom som, que não existe racismo no Brasil. Falamos de negar a história sofrida do nosso povo, que até hoje permanece em luta constante pela sua dignidade. Ou seja, pela sua plena saúde.

O que isso provoca à saúde dos sujeitos? Foi o que buscamos responder. Afinal, conforme a perspectiva que nos filiamos – a determinação social do processo saúde-doença, ter saúde é ter uma vida digna, é ter as suas demandas atendidas, é ter os seus direitos acessados, é ter meios de conquistar a autonomia enquanto ser social. Portanto, sim, a violência estrutural interfere significativamente na saúde dos indivíduos e grupos. Interfere, seja pela via de que, seus impactos podem vir a gerar doenças com maior facilidade, seja pela via que estar em situação de desigualdade social coloca os sujeitos também em situação de desigualdade em saúde – iniquidades, bem como viola o direito à saúde dos sujeitos. Esses elementos constituem achados da pesquisa, uma vez que, inicialmente, relacionávamos a violência somente como um agravo, todavia, quando falamos da sua matriz estrutural, ela torna-se também uma violação à

saúde e um impeditivo de os indivíduos ou grupos realizarem o seu potencial de saúde por completo. Assim como aborda Lilia Schraiber (2014), referindo-se as violências:

[...] todas essas distintas situações representam, para aqueles que as vivem e para a sociedade, a violação dos direitos; direitos humanos e direitos sociais. Trata-se, sim, da violação do direito à saúde e à cidadania nas violências institucionais nas quais aqueles que as sofrem perdem a possibilidade de colocar-se como sujeitos e como cidadãos (SCHRAIBER, 2014, p. 729).

Consideramos ter sido fundamental os estudos que evidenciaram as desigualdades sociais como determinantes para a qualidade, expectativa e perspectiva de vida dos sujeitos. Afinal, apreendemos também que qualidade, expectativa e perspectiva de vida são elementos que medem o nível de saúde da população. Sobre tal, Lilia Schraiber (2014) muito bem colocou, abordando que não é possível falar em saúde sem falar em vida em sociedade: “será insuficiente tratar da saúde ou de sua promoção, em busca de melhor qualidade de vida, sem redefinirmos e explicitarmos essa qualidade enquanto sociabilidade, forma de ser e estar juntos em sociedade” (p. 727). Portanto, falar em saúde implica falar em tudo o que envolve a nossa sociabilidade, inclusive, a violência, que atualmente represente uma interface da saúde com a sociedade.

Finalmente, falar em saúde é falar em vida e também falar em morte. É falar sobre o que acontece entre a vida e a morte. É falar na plena emancipação e autonomia dos sujeitos. E falar em plena emancipação e autonomia dos sujeitos, implica, fundamentalmente, com o trabalho em Serviço Social. Consideramos, por fim, o tema escolhido, de grande relevância para o Serviço Social, uma vez que temos como princípio, disposto do nosso Código de Ética, o “reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais”. Tal princípio, como todos os outros, é muito caro a nossa profissão. Ter saúde é ter liberdade, e como brilhantemente falou Nina Simone, “liberdade é não ter medo”. E viver, constantemente, com o medo da violência, é uma realidade cotidiana de milhares de Zé e Marias, que possuem nome, sobrenome e histórias de vida, no nosso País.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Sergio. Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**, ano 4, nº 8, jul/dez, p. 84-135, Porto Alegre, 2002.

_____. Reflexões sobre a violência e a intolerância na sociedade brasileira. **Comunicação & Educação, Ano XX, número 2, jul/dez 2015.**

_____. **A violência no Brasil explicada por Sérgio Adorno. Nexo Jornal, São Paulo, 2017.** Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Gj2odAHhPA4&t=177s>>. Acesso em: 20/04/2020.

ARAÚJO, Marcelo José. A Violência simbólica: uma difícil percepção. In: **Dossiê as múltiplas faces da violência.** Montes Claros: Unimontes Científica, v.6, nº 2, jul./dez., 2004.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2009.

BONVINCINI, Constance Rezende; SILVA, Jean Carlos. Violência e promoção da saúde. **Psicologia e Saúde em Debate**, Volume 1, Número 1, Abril, 2015.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** Cortez, 2007.

CHAUÍ, Marilena. **Sobre a violência.** Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

CRUZ, Marly Marques. Modelos explicativos do processo de saúde, doença e cuidado. In: **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvira; OVIEDO, Rafael. **Os sentidos da saúde e da doença.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

DAHLBERG, Linda; KRUG, Etienne. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1163-1178, 2007.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A saúde do brasileiro.** São Paulo: Moderna, 1987.

DEMO, Pedro. **Pobreza política: polêmicas do nosso tempo.** Campinas: Autores Associados, 1996.

DEMOCRACIA É SAÚDE. **Pronunciamento do sanitarista Sérgio Arouca durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde**, realizada em março de 1986, em Brasília (DF). Publicado pelo VídeoSaúde Distribuidora da Fiocruz, 2013. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ&t=1260s&pbjreload=101&ab_channel=VideoSa%C3%BAdeDistribuidoraFiocruz. Acesso em 14 de abril de 2020.

- FBSP. Anuário de Segurança Pública. São Paulo, 2019.
- FERREIRA, M. A. F.; LATORRE, M. R. D. O. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9):2523-2531, 2012.
- FERNANDES, Luís. A exclusão social como revelador das relações entre violência estrutural e violência cotidiana. **Quaderns**, v. 19 (1), p. 175-186, 2014.
- FILHO, Ciro Marcondes. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. **São Paulo em Perspectiva**, v. 15, São Paulo, 2001.
- FLEURY, Sonia. Pobreza, desigualdades ou exclusão? **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6):1422-1428, 2007.
- FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, vol. 33, núm. 83, set/dez, pp. 380-389. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, 2009.
- FRAGA, Paulo Denisar. Violência: forma de dilaceramento do ser social. **Serviço Social & Sociedade**, nº 70, ano XXIII jul. São Paulo, 2002.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- HAYECK, Cynara Marques. Refletindo sobre a violência. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I, nº I, jul/2009.
- IAMAMOTO, M. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2015.
- IAMAMOTO, M; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 2014.
- IASI, Mauro. Violência, esta velha parteira: um samba-enredo. In: ZIZEK, S. **Violência: seis reflexões laterais**. Rio de Janeiro: Boitempo, 2014.
- IPEA; FBSP (Orgs.). Atlas da Violência. Brasília, 2019.
- IPEA; FBSP (Orgs.). Atlas da Violência. Brasília, 2020.
- KONDER, Leandro. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2000.
- KRUG, Etienne G. et al., eds. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva, Organização Mundial da Saúde. 2002.
- LESSA, Sérgio. Lukács: ontologia e historicidade. **Trans/Form/Ação**, 19: 87-101, São Paulo, 1996.
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2009.
- MARX, Karl. Capítulo XXIV A Assim Chamada Acumulação Primitiva. In: MARX, Karl. **O Capital: crítica da econômica política**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.
- MINAYO, M.C. de S. **Violência e saúde [livro eletrônico]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- _____. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. supl. 1, 1994.

_____. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1259-1267, 2007.

MINAYO, M. C. de S. e SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde— Manguinhos**, IV (3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(1):7-32, 1999.

NARVAI, Paulo Capel; SÃO PEDRO, Paulo Frazão. Práticas de Saúde Pública. In: ROCHA et al (Orgs.). **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):77-87, 2002.

NJAINE, Kathie *et al* (Orgs.). **Impactos da violência na saúde [livro eletrônico]**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

ODALIA, Nilo. **O que é violência [livro eletrônico]**. São Paulo: Brasiliense, 2017.

OPAS. Declaração Alma-Ata. **Organização Pan-Americana da Saúde**, URSS, 1978.

OPAS. Carta de Ottawa. **Organização Pan-Americana da Saúde**, Ottawa, 1986.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PASSETTI, Edson. Cartografia de violências. **Serviço Social & Sociedade**, nº 70, ano XXIII jul/2002.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2011.

PINHEIRO, Roseni *et al*. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: **Construção Social da Demanda**. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos**. V. 11, n. 1, p. 116 - 128, jan./jul. Porto Alegre, 2012.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

SCHERER, Giovane Antonio. Território Violentados e Vidas Descartáveis: a dinâmica espacial do capital diante da crise estrutural. **Emancipação**, Ponta Grossa, 18(2): 251-265, 2018.

SCHILLING, Flávia. A violência na sociedade da insegurança. In: **A sociedade da insegurança e a violência na escola**. São Paulo: Moderna, 2004.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. São Paulo: **Saúde Soc**. v.23, n.3, p.727-732, 2014.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, José Fernando Siqueira. Violência e Serviço Social: notas críticas. **Rev. Katál.** Florianópolis v. 11 n. 2 p. 265-273 jul./dez. 2008.

SILVA, José Fernando Siqueira. Violência e desigualdade social: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **Ser Social**, nº 19, p. 31-58, Brasília, 2006.

SILVA, José Fernando Siqueira da; CARMO, Onilda Aves Do. **Sociabilidade Burguesa, Violência e Serviço Social**. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013.

WEBER, Max. Os tipos de dominação legítima. In: COHN, G. (Org.). **Max Weber: Sociologia**. São Paulo: Ática, 1982.

ZAGO, LRF. Violência: um problema de saúde. **Gestão & Saúde**, Vol.04, Nº. 03, p.1242-52, 2013.

ZIZEK, Slavoj. **Violência: seis reflexões laterais**. São Paulo: Boitempo, 2014.

