

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA



MÓDULO ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA



Violência na prática diária em saúde da família

José Paulo Fiks

MÓDULO ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA

PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Dilma Vana Rousseff

VICE-PRESIDENTE
Michel Miguel Elias Temer Lulia

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
Fernando Haddad

MINISTRO DA SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE (SGTES)

Secretário: Milton Arruda

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE (DEGES)

Diretor: Sigisfredo Luís Brenelli

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO
PAULO (SES-SP)

Secretário: Giovanni Guido Cerri

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS)

Presidente: Maria do Carmo Cabral
Carpintéro

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
(OPAS)

Diretora: Mirta Roses Periago

REDE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
(UNA-SUS)

Secretário Executivo: Francisco Eduardo de
Campos

Coordenador: Vinícius de Araujo Oliveira

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)

Presidente: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

FUNDAÇÃO DE APOIO À UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SÃO PAULO (FAPUNIFESP)

Diretor Presidente: Durval Rosa Borges

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
(UNIFESP)

Reitor: Walter Manna Albertoni

Vice-Reitor: Ricardo Luiz Smith

Pró-Reitora de Extensão: Eleonora
Menicucci de Oliveira

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO
UNA-SUS (UNIFESP)

Eleonora Menicucci de Oliveira

COORDENAÇÃO ADJUNTA/EXECUTIVA

Alberto Cebukin

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Laís Helena Domingues Ramos

Daniel Almeida Gonçalves

Rita Maria Lino Tarcia

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Monica Parente Ramos

Gisele Grinevicius Garbe

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA

Daniel Lico dos Anjos Afonso

PRODUÇÃO

Adriana Mitsue Matsuda

Antonio Aleixo da Silva

Eduardo Eiji Ono

Felipe Vieira Pacheco

Reinaldo Gimenez

Silvana Solange Ferreira Xavier Gimenez

Silvia Carvalho de Almeida

Tiago Paes de Lira

Valéria Gomes Bastos

EDIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES
Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão
Rua Pedro de Toledo, 650, 2º andar - Vila Clementino - CEP 04039-032 - SP
<http://www.unasus.unifesp.br>

COPYRIGHT 2010 - 2011

Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.
Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.



Sumário

Violência na prática diária em saúde da família.....	3
Introdução	7
A violência e a saúde.....	9
Violência, trauma e doença.....	11
Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)	12
Quadro, evolução e tratamento do TEPT.....	12
O conceito de violência na saúde	14
Evento.....	15
Catástrofe e Desastre	15
Estresse.....	16
Trauma.....	17
Resiliência	17
A violência e o caso Brasil.....	18
A violência e o cotidiano da Estratégia Saúde da Família.....	20
Bullying	21
Violência doméstica.....	21
Transtorno de conduta	23
Como detectar?	24
Como agir?.....	25
Indicações para leitura	27
Referências	28



Introdução

A violência faz parte do campo da saúde? Como sua força de produzir patologia pode ser prevenida ou tratada? A experiência da violência, além de grande impacto social, tem trazido enorme preocupação na área da saúde. Desde a década de 1980, com a introdução do diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) no campo psiquiátrico, a violência extrapolou o campo das ciências humanas e se transformou em uma matéria também da saúde.

E como isso pode refletir em nossa prática de saúde?

Desde já avisamos: na abordagem do problema da violência com a saúde não há heróis solitários, muito menos heróis. Esse campo exige um trabalho de equipe. Este texto tentará mostrar que a ligação entre violência e saúde pode estar mais evidente do que parece. E mais: o trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) pode ser precioso para a detecção de quadros patológicos decorrentes da experiência da violência.

Os índices de criminalidade brasileira têm sido constantemente monitorados, e cada vez mais se observam mudanças de padrões. Em geral, as mortes decorrentes de violência (incluindo acidentes) são a segunda causa de mortes, sendo que as principais vítimas são homens jovens entre 15 e 24 anos, pobres e negros. O Brasil tem cerca de 30 mortes por homicídio a cada 100 mil habitantes. Há locais em que a violência e a criminalidade cresceram – por exemplo, na Região Nordeste. Por outro lado, em lugares onde a criminalidade era alarmante, os números mostram boas notícias. Somente na cidade de São Paulo, a “epidemia de homicídios”, entre 1960 e 2000, cresceu 900%! Entretanto, nos últimos dez anos, os homicídios caíram 78%, com mudança significativa do padrão dos assassinatos. Nesta última década, as vítimas mulheres passaram de 7% para 16% do total. As armas de fogo usadas em mortes caíram vertiginosamente e as brancas, passaram de 4% para 27%. Nota de interesse relevante para ESF: as mortes dentro das casas passaram de 10% para 20%, especialmente pelo aumento de conflitos nos próprios domicílios, geralmente impulsionados pelo consumo de tóxicos (álcool e outras drogas). Além disso, a violência em São Paulo não é mais especialmente mais elevada na periferia, mas sim distribuída de forma quase igualitária por todas as regiões da cidade.



SAIBA MAIS...

Mais informações sobre o tema podem ser encontradas na pesquisa divulgada pelo jornal *O Estado de São Paulo*, de 25/2/2011, intitulada (de forma esclarecedora): “Mapa mostra queda de homicídios em São Paulo e explosão de violência no Nordeste”. Os dados foram colhidos entre 1998 e 2008 pela pesquisa “Mapa da Violência 2011 – Os Jovens do Brasil” do instituto Sangari e do Ministério da Justiça. Sobre a “epidemia de homicídios”, o caderno *Cidades/Metrópole do O Estado de São Paulo* de 13/02/2011 traz dados do Departamento de Homicídios e Proteção à Pessoa (DHPP), e que serão referidos neste conteúdo.

Assim, se tomarmos apenas o aspecto de violência contra a mulher, especialmente em seu desfecho trágico, provavelmente há muito sobre o que refletir no campo da ESF. Isso sem levar em consideração o aumento da violência contra a criança – envolvendo consumo de drogas e negligência – e também contra os homens, já que as mulheres têm revidado mais.

Portanto, o tema violência faz parte da preocupação da ESF como elemento epidemiológico, preventivo e da prática clínica. Entretanto, especificamente no campo da saúde, qual é o poder da violência em trazer dano?

A violência e a saúde

Do ponto de vista físico ou corporal, o dano de uma lesão por agressão é evidente, visível, mas talvez a grande novidade dos últimos 30 anos no campo da saúde, especialmente na saúde mental, seja o impacto patológico da violência sobre o psiquismo. Como isso ocorreu?

O tema “violência” tornou-se extremamente banalizado nos últimos anos, especialmente pela preocupação com a questão urbana. Mas nem sempre foi assim. Antes dos anos 1960, a violência praticamente nunca fora um tema de exploração pela mídia e muito menos pela vida acadêmica como vemos e lemos no momento. O grande marco foram as manifestações populares na década de 1960/1970, com marchas contra a Guerra do Vietnã, inclusive no Brasil, e contra outros conflitos que envolviam o massacre humano. Até então, nunca se vira a expressão do cidadão comum contra a verdadeira carnificina de populações, ou seja, as guerras na maior parte das vezes sustentadas pela Guerra Fria.



Imagem clássica, que é reproduzida pela mídia há quase 40 anos e capa da revista Time em 1972. A fotografia mostra crianças escapando de ataques de bombas de napalm em Trang Bang, perto de Saigon, Vietnã do Sul. A ofensiva teria sido um engano do exército americano, que fulminou os próprios soldados aliados (sul-vietnamitas), mas especialmente mulheres e crianças. Na fotografia, um grupo de crianças desesperadas foge – por uma estrada vazia – de uma nuvem de fumaça (o napalm, extremamente tóxico, que causa fortes e dolorosas lesões de pele). A imagem apocalíptica nunca perdeu seu impacto assustador como representação tenebrosa da destruição humana em uma guerra. Tornou-se um forte instrumento pacifista até os dias de hoje. Fotógrafo: Hung Cong (Nick). <www.time.com/time/magazine> (Time/Warner).

Além das questões políticas e de cidadania, outro tema entrou em pauta em relação à saúde mental e aos conflitos armados. Muitos soldados voltavam da guerra com transtornos mentais evidentes, que nunca eram bem diagnosticados nem tratados. Retomou-se o diagnóstico de “neurose de guerra”, mas, na prática, médicos, pacientes e familiares sabiam que se tratava de uma patologia mais complexa e decorrente da exposição à violência. Às manifestações civis juntaram-se, então, as manifestações dos ex-combatentes, que passaram a exigir um olhar mais cuidadoso sobre esse quadro conhecido posteriormente como “Transtorno do Estresse Pós-Traumático” (TEPT).

A partir das manifestações das massas contra a guerra, muita coisa mudou. Agora, a maioria dos exércitos dos países ocidentais é constituída pelo alistamento voluntário, e as forças de guerra supostamente são bem treinadas. Supostamente, pois, na prática, muitos soldados que fazem de conflitos armados sua profissão também apresentam os mesmos transtornos psíquicos decorrentes da experiência com a violência.

Violência, trauma e doença



Imagem impressionante da destruição das “torres gêmeas” (World Trade Center) em 11/9/2001. Nesses dez anos, os estudos de impacto da violência sobre o psiquismo – TEPT – passaram a se preocupar com, além dos conflitos armados entre países (agora em número ínfimo), o terrorismo, a violência urbana, catástrofes naturais e os desastres. Arquivo da Vogue Features, 1989-2006.

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

GLOSSÁRIO

DSM-I: Sigla que na tradução em português equivale a “Manual de Diagnóstico e Estatística dos transtornos mentais”. Criado por psiquiatras americanos, influencia todo o planeta. Trata-se de uma verdadeira “bíblia” que direciona diagnóstico e pesquisa.

Os efeitos adversos da experiência traumática passaram a fazer parte da literatura médica em 1952, no *DSM-I*. Até aquele ano, a referência era apenas ao problema do estresse, não propriamente ao trauma. Em 1968, na segunda versão do DSM, foi criada a categoria do transtorno situacional transitório. As duas versões do manual se preocupavam apenas com situações transitórias, ou seja, de ajustamento a vivências estressantes, sem um olhar propriamente dito ao trauma.

Na terceira versão do DSM, em 1980, é que aparece pela primeira vez o Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT, em inglês PTSD). Desde então, as revisões dos critérios para esse diagnóstico privilegia um aspecto principal (chamado de Critério A): o indivíduo deve ter sido exposto a um evento com risco de vida ou pelo menos a uma grande ameaça física e/ou moral.

Além desse primeiro critério, são necessários três sintomas que fazem parte de três grupos distintos:

- A **revivescência** do trauma. Aqui é que podem ocorrer as lembranças intrusivas, recordações persistentes da cena de violência e/ou pesadelos.
- A **esquiva** ou **entorpecimento**. Aqui ocorrem esforços para evitar pensamentos ou lembranças do evento traumático. Isso também pode resultar em apatia e redução do interesse pelas atividades de cotidiano.
- A **hiperestimulação** autonômica. Neste terceiro grupo se concentram as reações físicas mais evidentes de um indivíduo acometido pelo TEPT, especialmente insônia, irritabilidade, dificuldade para concentrar-se, hipervigilância em relação a possíveis agressores, sobressaltos.



SAIBA MAIS...

Vários temas examinados por este texto apresentam boa conceituação e exemplos no site www.psiqweb.med.br, voltado para a descrição de temas que envolvem a saúde mental.

Quadro, evolução e tratamento do TEPT

O quadro do TEPT é extremamente variável. São frequentes as queixas de lembranças intrusivas do trauma, pesadelos, tendência ao isolamento constante e hipervigilância com sobressaltos. As comorbidades são praticamente a regra: depressão, transtornos de ansiedade e

até psicose. Devemos ficar atentos para a tendência ao abuso de bebida alcoólica. A evolução, nos casos não tratados, apresenta uma tendência à cronicidade, o que torna o prognóstico mais sombrio. O tratamento, até o momento, não possui acordo em termos de medicamentos. São mais usados os antidepressivos que agem no sistema serotoninérgico (que tem como mediador um neurotransmissor chamado de serotonina). Os antidepressivos mais recentes, com efeito também na noradrenalina, devem ser evitados, pois os pacientes têm uma tendência aos sustos, o que já equivale a uma descarga adrenérgica. Também são evitados os benzodiazepínicos, pois muitos trabalhos acadêmicos comprovam que seu uso cronifica as memórias traumáticas. Até o momento, a única certeza é que a psicoterapia traz os melhores resultados quanto ao tratamento.

Mas é sempre bom lembrar: a maioria dos indivíduos que passa por uma experiência estressante e até mesmo de violência impactante pode superá-la, sair-se mais forte, aprender com a vivência. E talvez seja essa uma das maiores contribuições do profissional da ESF. Se ele estiver próximo de um indivíduo que passa por situações de risco, sua atitude profissional pode ser extremamente preciosa para evitar o surgimento do TEPT, como veremos a seguir.

O TEPT pode ocorrer em situações em que não haja uma ameaça de vida tão evidente, mas para o indivíduo, de forma subjetiva e pessoal, adquire uma qualidade de aniquilamento. Portanto devemos tomar cuidado com julgamentos do tipo: “Não parece ter sido algo tão ameaçador para provocar uma doença”. O TEPT é uma das patologias mais próximas do cotidiano de um profissional da saúde. Quantos de nós já foram assaltados, fortemente ameaçados ou passaram por um sufoco que pudesse gerar trauma? Dentro da realidade brasileira, o TEPT tem como característica principal ser decorrente da violência urbana. E nesta estamos todos inseridos. Tomando cuidado com esse aspecto, o olhar do profissional da ESF será muito mais apurado.

O conceito de violência na saúde

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), “violência é o uso intencional da força física ou poder, de forma real ou sobre a forma de ameaça, contra uma pessoa, um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação” <www.who.int>.

Será que esse conceito dá conta desse campo sobre o qual nos debruçamos? A primeira grande questão para um profissional da saúde que lida com o impacto da violência é a própria definição e delimitação do conceito para o campo da saúde. A que violência nos referimos quando tratamos da prevenção ou do tratamento da patologia provocada no psiquismo?

Provavelmente, a maior contribuição para a definição do conceito de violência e seu impacto sobre as populações vem da filósofa Hannah Arendt, a partir da década de 1960. Segundo essa importante escritora, o conceito de violência deve ser entendido em seu contexto histórico da humanidade. Até meados do século XX, a violência não era uma preocupação das ciências humanas ou da saúde. Nem mesmo para os governos que convocavam seus cidadãos indiscriminadamente, mesmo sem qualquer preparo, para sangrentos conflitos armados. Fora assim com as duas Grandes Guerras. Arendt entendia o problema da violência em sua questão da continuidade. Admitia o direito à defesa para povos atacados, como no caso do nazismo, mas alertou para o perigo da persistência dos conflitos: as guerras perpetuadas possuem tendência à destruição de um dos lados. É aqui que podemos fazer um paralelo para o campo da saúde. Possivelmente, o que nos interessa como profissionais é a possibilidade de a violência se transformar em evento de aniquilamento psíquico. Afinal, estamos absolutamente inseridos em uma sociedade em que a violência surge de forma contínua e cotidiana: trânsito, poluição de toda espécie, corrupção. No esporte, também há a violência consentida, que certamente pode trazer certa aflição, mas por outro lado está muito distante da doença. A maior parte das pessoas também gosta de assistir à violência. Afinal, o que seria do cinema sem a violência?



SAIBA MAIS...

Hannah Arendt (1906-1975). Fugiu da Alemanha, sua terra natal, quando Hitler chegou ao poder. Fez a maior parte de sua carreira universitária e jornalística em Nova York. Foi a inventora do termo “banalidade do mal” para a violência e a destruição gerada pelo nazismo. Sua definição sobre violência encontra-se no pequeno mas precioso texto “Reflexões sobre a violência”, de 1969, publicado em português na coletânea *The New York Review of Books*, a primeira antologia, da Editora Paz e Terra.

Para complementar a ideia proposta por Hannah Arendt, tomaremos outro autor, este francês e trabalhando na Universidade de Nice, na França. Trata-se de Jean-François Mattéi, que diferencia o conceito de violência do que entende por barbárie. E isso pode ser bastante interessante para o campo do TEPT. Vejamos: Mattéi acredita que a barbárie se caracteriza pela vontade de destruir por parte do agressor, desprezo pelo que há de humano no agredido e incapacidade de reconhecer ou criar algo na esfera do saber. Ou seja, o bárbaro quer apenas destruir. Mais do que isso, o agredido acredita e percebe a força de seu aniquilamento. Não é o que escutamos na fala daqueles que passaram por tal trauma? Todos dizem o mesmo. Algo em torno de: “Minha vida acabou depois daquele dia. Não consigo mais deixar de pensar naquilo, nem continuar com minha vida”.

Dicas

As definições mais esclarecedoras de Jean-François Mattéi sobre o tema estão em “A barbárie interior” (2002), da Editora UNESP.

Assim fica muito mais fácil delimitarmos o campo de estudo e ação para alguém que passou pela violência e esta provocou dano ao psiquismo. Certamente estamos no campo da barbárie, sempre lembrando que esse tipo de experiência pode nos parecer óbvio, quando, por exemplo, alguém passa por uma grande catástrofe, mas também não podemos esquecer o aspecto subjetivo e absolutamente pessoal dessa experiência. Mas certamente será na atmosfera da destruição.

Bem, agora que já fizemos esta escolha, passaremos para outros temas, que você já deve ter escutado ou lido e que constantemente aparecerem no campo da violência e saúde: evento, catástrofe, desastre, estresse, trauma e resiliência.

Evento

O termo “evento” é bastante comum no campo do trauma. Pode ter um sentido leigo, bastante comum, sinônimo de acontecimento ou fato. Mas, para a área da saúde, pode ter o sentido de fato de vida com determinadas características. No campo do TEPT, essas descrições são muito preciosas, pois esses adjetivos trazem o conteúdo subjetivo e revelam a atmosfera e o estado psicológico do indivíduo.

Catástrofe e Desastre

A rigor, podemos tomar esses dois termos como sinônimos, mas no campo do trauma podem ser considerados um tanto diferentes. A catástrofe tem uma conotação clássica de enorme estrago de caráter permanente, de grande potencial traumático. Assim dizemos dos terremotos, das inundações, dos eventos climáticos. O desastre teria uma conotação menos permanente, embora igualmente traumatizante, mas nele há uma possibilidade mais rápida de reconstituição, pelo menos no aspecto ambiental. É quando nos referimos a acidentes automobilísticos, aéreos e até mesmo domésticos (um incêndio, por exemplo). É interessante notar os efeitos práticos: a catástrofe geralmente mobiliza a solidariedade. É fácil a identificação com pessoas que perdem

entes queridos ou seus pertences em um deslizamento de terra. O desastre geralmente provoca certo desconforto pela imagem única do horror. A tendência do olhar é o afastamento para evitar essa experiência desagradável.

Estresse

A palavra “estresse” talvez seja uma das mais utilizadas na vida moderna. Quem já não a utilizou como sinônimo de cansaço, experiência de pressão ou de característica do momento profissional? Dessa forma, podemos associar o estresse à ansiedade. Entretanto, devemos ter alguns cuidados quando utilizamos esse conceito no campo da violência e do trauma.

O termo “estresse” foi desenvolvido por Hans Selye (1907-1982), húngaro que viveu a maior parte de sua vida no Canadá. São dele as primeiras preocupações da delimitação do ponto de vista experimental, de laboratório do conceito de estresse. Ele propôs que estresse seria o sinônimo de “pressão”. Mais do que isso, no aspecto patológico, devemos observar os efeitos nocivos da incapacidade de nos adaptar a determinadas formas de estresse, que, portanto, adquirem características negativas, patológicas.

É importante lembrar que não existe vida sem pressão. O alarme provocado pelo estresse se transforma em respostas que trazem aprendizado e uma reação adaptativa, de superação. É o que acontece, de forma fisiológica, quando iniciamos uma atividade física. No começo parece impossível, mas com o hábito e o esforço se transforma em rotina.

No campo da saúde, o estresse passou a ter um enfoque mais voltado à ocupação, mais especificamente ao trabalho. A história social do trabalho humano desde o final do século XIX é marcada pelo excesso. É importante lembrar que, com a Revolução Industrial, até as crianças trabalhavam em turnos de 14-16 horas por dia. Com as construções das estradas de ferro que cortaram a Europa, os trabalhadores permaneciam sob sol ou neve durante horas sem o mínimo respeito à saúde. É claro que ainda nessa época não se conhecia o conceito de estresse, mas historicamente a pressão exaustiva do trabalho encampou esse conceito como sinônimo de causa. É cada vez mais divulgado o estudo da síndrome de *burnout*, exatamente aqueles quadros que decorrem do estresse no trabalho, levam à exaustão psíquica e ao esgotamento físico com uma enormidade de sintomas psicossomáticos.

É interessante notar que a palavra “estresse” faz parte do termo TEPT. E, para o trabalho da ESF, há um apelo dos mais evidentes. Como já vimos, a conotação de pressão constante se aplica muito bem para aqueles casos de violência doméstica em que o abuso se torna constante. Essa constância é o efeito mais deletério quando se trata de violência. São casos complexos, que exigem um trabalho em equipe, mas cujo encaminhamento e cuja solução podem depender da ESF exatamente pela sua proximidade de um trabalho inserido em uma comunidade.

Trauma

A memória, até o final do século XIX, foi entendida pela medicina apenas em seu aspecto de fixação e evocação. Era estudada especialmente pelo aspecto quantitativo. Entretanto, muita coisa mudou com alguns filósofos: Henri Bergson (1859-1941), na França, escreveu sobre a recordação e a capacidade de darmos sentido à nossa existência com um material do passado absolutamente pessoal, independente de fatos. O americano Charles Sanders Peirce (1839-1914) entendia a memória como uma força de organização da vida psíquica, uma espécie de costura provisória das vivências subjetivas ligadas à continuidade da existência. Mais tarde, no século XX, Gerald Edelman (1929-), prêmio Nobel por seus estudos em imunologia, definiu a memória como uma função que chamou de “degeneração”. Ou seja, memória saudável é aquela que se transforma, se destrói e se reconstrói. É nesse aspecto que devemos nos deter e examinar o problema da violência e seu possível efeito traumático. Ou seja, memória traumática seria aquela que não se renova, e sim permanece insistente e paralisante.

Resiliência

O termo “resiliência” tem sido cada vez mais comum, seja na literatura científica, seja nas mídias. Em nosso campo, trata-se de um conceito extremamente precioso. A rigor, resiliência vem da física e significa a capacidade de certo material suportar a aplicação de força e de sua habilidade para a flexibilidade e de retornar ao seu estado anterior. Assim fica bem fácil entender a transposição desse conceito para o campo da psicologia. A resiliência, mais do que a resistência, significa a possibilidade de nos moldarmos diante de situações de estresse e nos recuperarmos certamente mais fortes.

O estudo da resiliência pode dar uma enorme contribuição ao campo da violência. Se lembrarmos que a grande maioria das pessoas que passam pela experiência da violência sobrevive e se torna mais forte, chegamos à conclusão de que a maior parte dos indivíduos pode ser resiliente às grandes pressões, ameaças e perdas da vida.

A violência e o caso Brasil

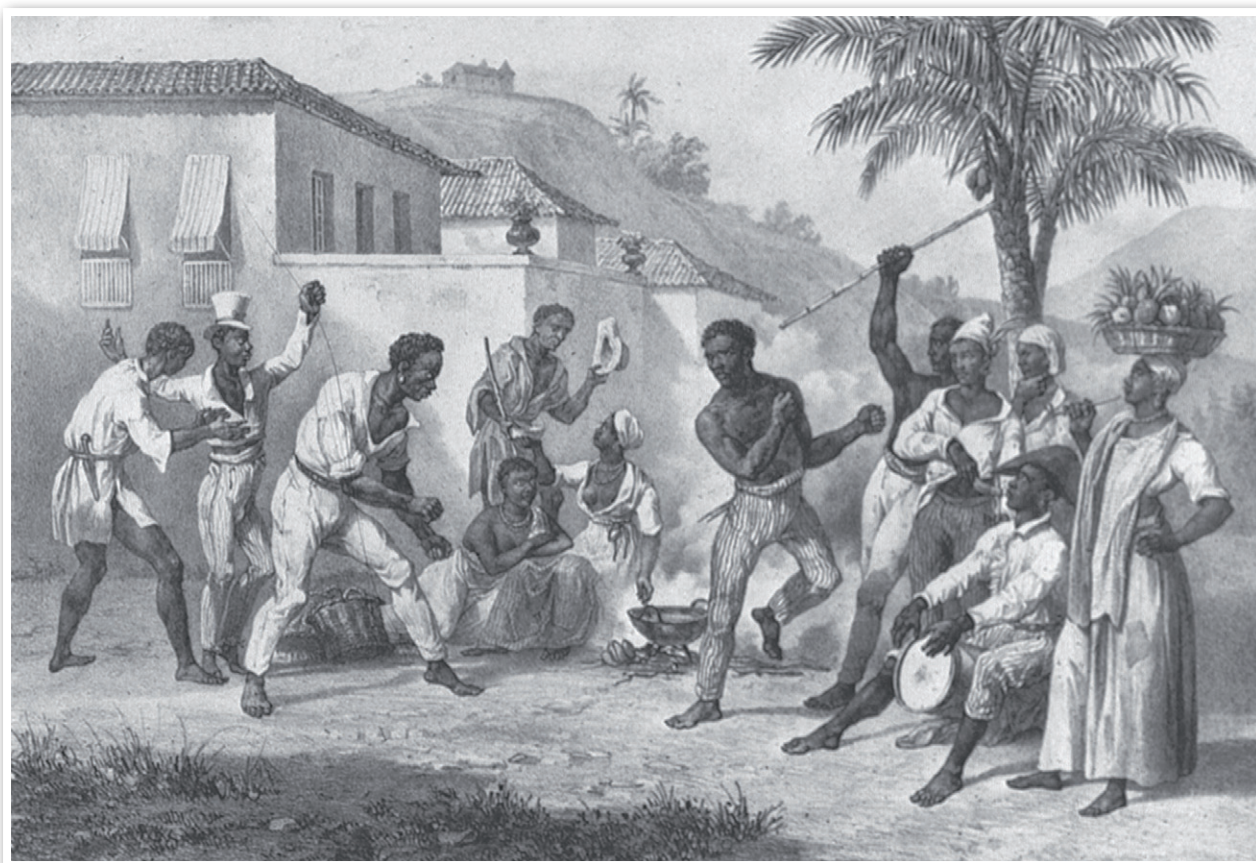
A violência no Brasil tem uma apresentação bastante peculiar. Os congressos internacionais que cada vez mais tratam das implicações da violência na saúde se preocupam com temas bastante distantes da realidade brasileira. Os trabalhos mais comuns no campo da violência e da saúde estão na ameaça climática, terremotos, terrorismo, guerras e muito pouco sobre a violência urbana, justamente a maior causa de traumas na sociedade brasileira.

Mas a ideia sobre o Brasil nem sempre foi a de um país violento. Até meados do século XIX, éramos vistos como um povo sossegado, em que a integração das raças e a natureza transformavam a convivência entre habitantes e a terra num verdadeiro paraíso. Muito provavelmente, se não fosse pela expedição do barão alemão Langsdorff (ocorrida em 1821-1829), a ideia que o mundo da época fazia do Brasil era de uma terra de integração humana completa e pacífica. A maioria das populações não conhecia as características de uma das mais violentas formas de escravidão humana.



SAIBA MAIS...

A expedição de Langsdorff trouxe ao Brasil uma série de artistas europeus renomados que eternizaram a imagem urbana e do campo pela primeira vez de forma mais realista, muito próxima ou que atualmente observamos em fotografias.

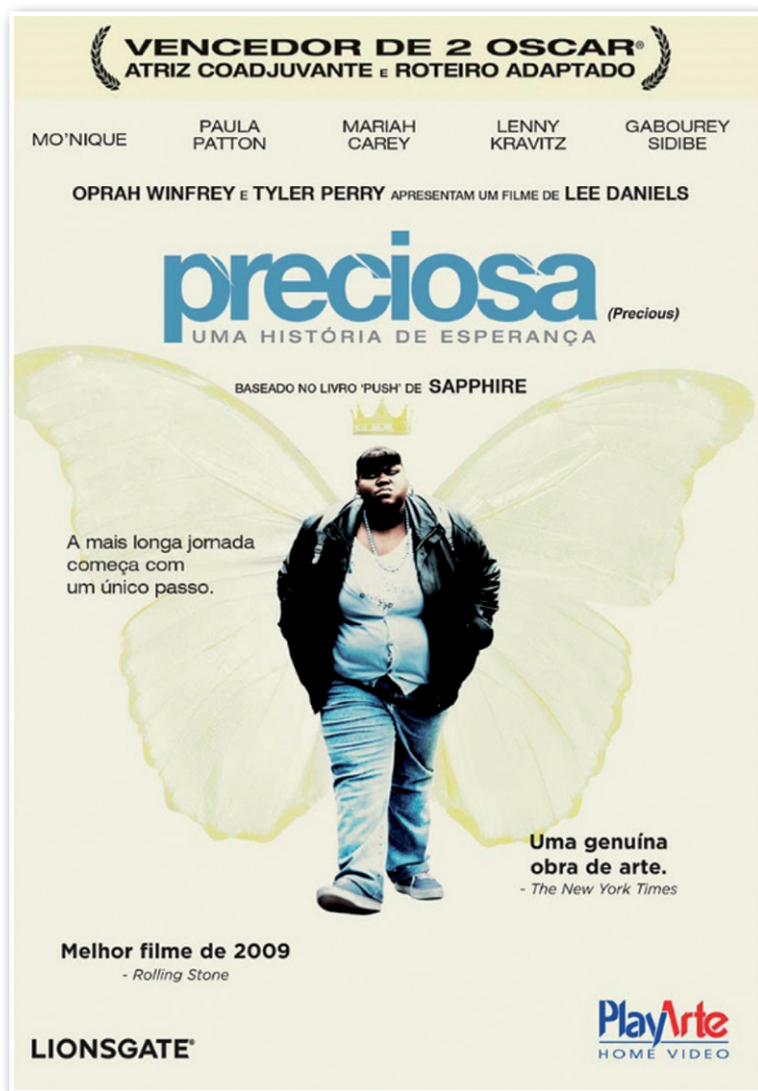


Johann Moritz Rugendas (1802-1858), pintor alemão que veio para o Brasil na expedição do barão Langsdorff, tem, entre suas pinturas mais conhecidas, Capoeira, de 1835. Além dos açoites, as brigas entre negros escravos nos chafarizes eram uma das formas mais comuns da demonstração de força. Mais tarde, essas brigas incorporaram elementos de dança. Foi assim que surgiu a capoeira. O quadro está na Academia de Ciências da Rússia, em Moscou.

Entretanto, não foram apenas os artistas da expedição Langsdorff que notaram a violência terrível com que os escravos eram tratados no Brasil. Quando Charles Darwin esteve no país, apenas alguns anos depois, também ficou horrorizado com a forma como os escravos eram aqui tratados em plena praça pública. Indignado, escreveu em suas anotações publicadas e divulgadas. Suas conclusões foram bem interessantes para nosso momento atual de violência, especialmente por ter previsto que a revolta dos próprios negros poderia causar, no futuro, uma imensa divisão da sociedade brasileira e com sede de vingança por parte dos agredidos.

Os trabalhos da antropóloga carioca Alba Zaluar confirmam as piores previsões de Darwin. Para ela, o modo como a escravidão terminou no Brasil determinou uma das raízes da violência brasileira. Pobres e abandonados pelo poder público, os ex-escravos foram empurrados para a periferia, sem qualquer projeto social. Durante o século XX, especialmente no governo Getúlio Vargas, cresceu o crime organizado (Jogo do Bicho), que depois se transformou na fonte de exploração do tráfico de drogas. Durante o período da ditadura militar, a corrupção era generalizada, mas varrida dos noticiários. Com a redemocratização, não houve a renovação de velhas práticas institucionais. Ainda segundo Zaluar (2004), diante de projetos urbanos precários, a “favelização” das camadas mais pobres da população propiciou a exploração desse grupo cooptado pelo comércio ilegal de drogas e, portanto, a violência.

A violência e o cotidiano da Estratégia Saúde da Família



“Preciosa”, filme de 2009. Aqui temos praticamente um tratado sobre violência, um dos melhores exemplos atuais do que se entende por violência doméstica, bullying e abuso sexual. Fonte: <www.playartepictures.com.br>.

Bullying

A questão do *bullying* deixou, há algum tempo, de fazer parte das preocupações unicamente do meio escolar. Inicialmente definida como uma problemática social voltada para a disputa entre adolescentes, o *bullying* se transformou em objeto de pesquisa e tratamento no campo da saúde. O conceito foi expandido e, nos dias de hoje, praticamente se transformou em sinônimo de assédio moral. Assim, facilmente identificamos alguns pontos de ação para a ESF, sempre próximos às comunidades em seu cotidiano.



SAIBA MAIS...

O *bullying* pode ser entendido, derivado do conceito de estresse, como a agressão intencional tendo como meta a humilhação e a submissão de outro supostamente mais frágil. No campo da saúde, o *bullying* se reflete em faltas e abandonos escolares, nos casos de crianças, ou, no aspecto do trabalho, de faltas constantes e até a perda do emprego. Além disso, pode levar a transtornos frequentes, como quadros de ansiedade, depressão e o TEPT.

Violência doméstica

A violência doméstica se transformou em uma das questões mais examinadas pela saúde, especialmente por sua abrangência em todo o território brasileiro, tradicionalmente uma sociedade patriarcal e conservadora. As mulheres são as maiores vítimas desse tipo extremamente comum de violência, mas conseguiram grandes conquistas do ponto de vista jurídico (Lei Maria da Penha) e, mais do que isso, conquistaram o estudo da questão como um problema de saúde.



SAIBA MAIS...

Para a delimitação do conceito de vítima na saúde, sugerimos o texto “Corpo, violência e saúde: a produção da vítima”, de Cynthia A. Sarti, na Revista *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 1, 2009, p. 89-103. <www.sexualidadsaludysociedad.org>.

Para profissionais da ESF, ainda são bastante comuns as histórias de mulheres agredidas dentro de seus próprios domicílios, geralmente pelo companheiro, o que provavelmente resulta em lares desfeitos e/ou transtornos de saúde. No campo da saúde, os quadros mais comuns decorrentes da violência doméstica são os transtornos de ansiedade, a depressão e o TEPT. Assim como nos casos de *bullying*, a violência insidiosa e estressante pode cronificar quadros e modificar todo um projeto de vida que passa a ser regido pelo medo.

No campo da violência doméstica, devemos lembrar também o problema da negligência precoce, ou seja, o abandono de crianças em fase de crescimento dentro de seus próprios lares pelos próprios familiares. Ainda há a questão do abuso sexual. Com a grande mudança de padrões familiares, afrouxam-se os laços sociais familiares mais tradicionais. As crianças convivem cada vez mais com estranhos que passam a ter funções paternas ou maternas. Entretanto o abuso sexual não é uma exclusividade desse grupo, e a cada dia somos surpreendidos por notícias de pais que mantiveram filhas em cárcere privado, forçavam-nas a ter relações sexuais e até conceberam filhos com elas. Trata-se de um fenômeno mundial.

O maior problema para a constatação da violência doméstica é sua apresentação dissimulada. Crianças agredidas são levadas aos prontos-socorros como se tivessem passado por acidentes domésticos. O mesmo ocorre com mulheres espancadas, que pouco procuram ajuda e são surpreendidas pelos vizinhos e familiares com hematomas, muitas vezes no rosto, mas que geralmente protegem maridos (ou filhos que também são agressores comuns), perpetuando o ciclo da violência.

A coincidência entre violência e uso de bebida alcoólica (ou outras drogas) nunca deve ser negligenciada. São comuns frases de esposas que costumam perdoar os maridos agressores, “porque quando eles não bebem são muito bonzinhos”.

Transtorno de conduta



Cena do filme “Garota, interrompida”, de 2000. Em destaque a personagem interpretada por Angelina Jolie, uma jovem cujo transtorno de conduta é a regra. Fonte: <www.sonypictures.com>.

Anteriormente conhecido como transtorno de delinquência, o transtorno de conduta passou de uma questão moral ou comportamental para um problema de saúde. Não é visto mais apenas por sua ligação ao delito, ao crime. Mais do que travessuras em série, da gravidade dos atos, o transtorno de conduta é reconhecido pela ausência de crítica do agressor, pela incapacidade do agressor de perceber que seu comportamento viola a liberdade do outro. São frequentes naquele que provoca a violência demonstrações de frieza, irritabilidade, mudanças súbitas de humor, intolerância às mínimas frustrações e a atribuição da responsabilidade ao agredido pelo próprio abuso, como se este o merecesse.

Embora a preocupação do profissional de saúde seja na maioria das vezes com o abusado, devemos observar que muitos agressores foram eles mesmos os agredidos em épocas anteriores. Vários trabalhos recentes mostram que a origem do ato de violência possa ter sido a marca de

um passado em que o abusador era a vítima. Isso é muito mais comum do que se pensa nas crianças e adolescentes com transtorno de conduta. E mais: tanto para agressor como para agredido, a possibilidade de essas vivências levarem a um consumo de drogas, ao porte de armas e ao envolvimento em crimes é muito alta.

Como detectar?

Se a violência passou a ser uma preocupação da saúde em seu aspecto preventivo e curativo, qual seria o protocolo a ser seguido pelo profissional da ESF que trabalha com uma população de risco?

Em primeiro lugar, devemos nos lembrar de algo importante: somente 12% das pessoas que passam pela experiência da violência adoecem. São dados mundiais que dependem de algumas variáveis, como momento político, eventuais catástrofes climáticas etc. Mas a maioria dos trabalhos científicos aponta que 88% das pessoas que passam pela violência sobrevivem e se tornam mais fortes, superam o evento e seu impacto psíquico inicial.

No campo de ação da ESF, enumeramos alguns aspectos da violência que podem alertar o profissional: além dos vários tipos de agressão que envolvem a violência urbana (assaltos, sequestros-relâmpago que atualmente ocorrem em qualquer classe social, moradia em lugar violento), temos eventos que durante muito tempo foram pouco observados pela saúde: assédio moral (*bullying*, mais especificamente entre jovens), assédio sexual e especificamente a violência sexual.

Cada um desses aspectos pode ser observado diretamente (quando familiares ou os próprios usuários acometidos contam) ou indiretamente. Como a questão do impacto da violência sobre o psiquismo é um tema tabu, o profissional da ESF deve estar atento para alguns sinais indiretos:

- Há sinais evidentes de agressão física, geralmente amenizada pelo doente (especialmente mulheres) ou pela família (olho roxo, equimoses no rosto, fraturas de membros, cortes, marcas de queimaduras, especialmente de cigarros sobre a pele);
- Excesso de queixas somáticas sem relação evidente com patologias, mas que levam a pedidos de licença-médica;
- Vergonha ao serem descobertos como pessoas que passaram pela violência. Mesmo que admitam, esses indivíduos podem apresentar extrema dificuldade em relatar o que passaram. Se a questão envolve crianças, isso se torna ainda mais evidente. Eventos recentes, mesmo que muito impactantes, são de mais fácil relato. A violência constante faz que o indivíduo se perceba cúmplice, responsabilize-se pelo ato, especialmente nos casos de *bullying* contra jovens e violência sexual contra mulheres e crianças;
- Em crianças, são comuns idas frequentes no pronto-socorro com histórias inconvincentes de quedas e fraturas, que podem ser decorrentes de agressão física;
- É muito importante lembrar: os eventos violentos mais crônicos são os mais difíceis de detectar, pois o indivíduo traça e vive em uma espécie de mundo paralelo, em que a agressão vira tabu.

No caso de violência doméstica, algumas situações examinadas ou questionadas pelo profissional da ESF podem ser úteis para a direção da investigação como um possível caso de saúde. O companheiro é permanentemente implicante (vestes, maquiagem, ciúmes)? Há sinais de agressão (verbal, moral ou física) frequentes? Priva dos sonhos de melhorar na vida? Obriga em suas vontades sexuais?

Nos transtornos de conduta devem-se observar os seguintes indicadores: mentiras frequentes, envolvimento em atos criminosos, fugas do domicílio, faltas escolares acima da média, agressão a pessoas deliberadamente (especialmente os mais frágeis), agressão a animais, vontade destruidora de pertences.

Como agir?

Devemos recordar mais uma vez: a grande maioria dos eventos de violência não se manifesta como doença. Mas tudo depende de como o indivíduo reage ao fato. Se permanece alheio, apático, há grande chance de desenvolver o TEPT. Se repete em demasia sua história, corre o risco de permanecer traumatizado e paralisado. Eventos agudos exigem mobilizações imediatas, protetoras, confortantes e com metas de continuidade da existência, mesmo que soe um tanto automático. É nisso, mais do que o tratamento do TEPT propriamente dito, que a ESF pode ter crucial importância. A ESF é um serviço absolutamente inserido na comunidade e pode ter um papel preponderante na mudança de uma situação de violência doméstica, por exemplo, ou em uma circunstância envolvendo crianças, como transtorno de conduta ou *bullying*. Lembremos que, longe do estímulo agressor, a possibilidade de um indivíduo superar o estresse ou o trauma torna-se muito maior.

A abordagem de pessoas acometidas pela violência, especialmente daquelas com algum sinal de comprometimento psíquico, exige alguns conhecimentos, delicadeza, mas, sobretudo, pode ser realizada pelo profissional da ESF. Em primeiro lugar, o dado mais relevante é que esse profissional esteja próximo do usuário em termos de distância. É importante para o paciente saber que pode contar com pessoas bem preparadas em sua comunidade. Assim, um dos primeiros passos é organizar uma rede social em torno do ser humano em foco. Podem-se convocar familiares próximos, vizinhos e especialmente aqueles que mostrem traços mais fortes de apoio.

Um segundo aspecto – e muito importante – é não estimular o relato do evento violento em demasia. A tendência de quem passa por evento violento é contar, recontar e cada vez mais permanecer refém de seu próprio relato. Nota-se que o evento ficará cada vez mais avolumado de detalhes e frequentemente com elementos que nunca aconteceram, fazendo parte da fantasia de destruição típica daqueles que vivem a violência.



SAIBA MAIS...

De forma clássica – e em trabalho desenvolvido pela psiquiatra suíça Elisabeth Kubler-Ross em 1969, publicado em *Sobre a morte e o morrer* (Editora Martins Fontes) –, o contato inicial com a iminência da morte leva à sua negação. Hoje as pesquisas apontam para o silêncio como uma atitude saudável. De forma bem diversa à estimulada pela psicoterapia, possivelmente “desabafar” diante da morte pode ratificar uma memória traumática.

Um terceiro ponto é a possibilidade de um projeto de futuro imediato. Se a violência envolve morte, o profissional da ESF pode ajudar em tarefas simples como organização de documentos. O mesmo ocorre em assaltos com agressão. É muito importante para o paciente se envolver em um projeto de continuidade de sua vida.

Eventos violentos e possivelmente traumáticos provocam uma experiência de descontinuidade e paralisia, talvez explicando a tendência de o indivíduo repetir a história pela qual passou de forma compulsiva. É a isso que assistimos frequentemente nos telejornais, quando vários canais entrevistam vítimas de catástrofes naturais.

Indicações para leitura

A literatura sobre violência e saúde ainda é pequena, especialmente no campo da saúde mental. A produção acadêmica brasileira de maior destaque e de linguagem muito acessível está nos livros e artigos da socióloga carioca Maria Cecília de Souza Minayo, pesquisadora da Fiocruz. Indicamos *Violência e saúde*, 2006, Editora Fiocruz e, da mesma editora e autora, *Violência sob o olhar da saúde*, 2003. Outras indicações também são encontradas nos quadros de saiba mais de nosso conteúdo. Além disso, o Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência (PROVE) da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina possui um site <www.unifesp.br/dpsiq/prove> com vasto material a ser consultado sobre a questão da violência e da saúde mental, especialmente o TEPT.

Referências

ARENDT, H. **Pensamento, persuasão e poder**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1979.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MATTÉI, J. F. **A barbárie interior**. Traduzido por Isabel M. Loureiro. São Paulo: Ed. UNESP, 2002.

SARTI, C. A. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. **Sexualidad, Salud y Sociedad** - Revista Latinoamericana 2009. (1): 89-103.

ZALUAR, A. **Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.