

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JANINE RIBEIRO ISPHAIR WATZKO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AGRESSÃO FÍSICA:
SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**CURITIBA
2008**

JANINE RIBEIRO ISPHAIR WATZKO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AGRESSÃO FÍSICA:
SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Prática Profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Mantovani

**CURITIBA
2008**

Watzko, Janine Ribeiro Isphair
Representações sociais da agressão física: subsídios para o cuidado
de enfermagem / Janine Ribeiro Isphair Watzko.- Curitiba, 2008.
97 f.:il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Mantovani
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Agressão física. 2. Representações Sociais 3. Prática profissional de
enfermagem. I. Título.

**Este trabalho é dedicado
à querida Vó Hilda. Exemplo de mulher,
esposa, mãe, avó e amiga. Você foi a
verdadeira mestre em nossas vidas.**

Temos saudades.....

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor, meu Deus, agradeço a proteção, a força e a luz lançadas em meu caminho.

A meus pais, Amauri e Jenny, que sempre incentivaram meu caminhar na Enfermagem, torcendo e orando por mim. Sou grata pela compreensão quando não pude estar a seu lado.

A meu marido, Gilberto, que há 20 anos compartilha comigo uma história de amor e de amizade, história sempre fortalecida nos momentos de angústia e vitórias. Obrigada, pelo constante estímulo e por me ensinar a manter sempre o otimismo.

À minha amada filha, Priscila, que mesmo com pouca idade, soube compreender o escasso tempo de convivência, sempre aguardando que terminasse minha "lição". Você preenche meu coração de alegria e orgulho por ser sua mãe.

Às minhas queridas irmãs, Jeanie, Louise e Cristine, agradeço pelas vezes que ocuparam meu lugar de mãe, assumindo os cuidados com minha Pri. Eu jamais seria uma pessoa feliz sem vocês.

Ao meu cunhado, Márcio, sou grata pela valiosa ajuda durante a realização do trabalho. Aos cunhados Júnior e Juliano agradeço a torcida e as palavras de incentivo.

Às amigas, Amanda, Anne e Dona Gilza, sou muito grata pela generosidade e pela torcida.

À professora doutora, Maria de Fátima Mantovani, que além de orientadora dedicada e sempre disponível, me mostrou que laços afetivos compartilhados transcendem a esfera acadêmica. Sou grata por tudo o que me ensinou e por ter acreditado em meu trabalho.

Às professoras doutoras, Liliana Maria Labronici e Maria Sumie Koizumi, pelas valiosas contribuições dadas a este estudo e pela participação na banca.

À professora doutora, Mariluci Maftum, sou grata pelas contribuições a este estudo e pelo incentivo na arte de escrever. Agradeço a contribuição da professora doutora Verônica Mazza quando da sua participação na banca de qualificação.

À Coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem, pelo apoio recebido durante toda a trajetória de estudos.

Às professoras doutoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, agradeço por compartilhar do imenso conhecimento. Em especial, a professora doutora, Maria Ribeiro Lacerda; suas aulas serão sempre fonte de inspiração.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Alcioni, obrigada pela atenção e colaboração durante minha formação.

Aos queridos colegas do mestrado, agradeço o estímulo, as sugestões e o carinho durante os dois anos de convivência.

Às amigas, Maria Isabel e Rute, companheiras do tema violência, sempre prontas a me ajudar, revelando-me, em muitos momentos, como o afeto é essencial em nosso caminho. Vocês são e sempre serão especiais.

Às queridas colegas e amigas, Isabella, Iolanda e Salete, sempre prontas a me amparar, em todas as situações. Sou grata pela amizade e afeto de vocês.

Às colegas e amigas da Clínica da Mulher e da Criança, agradeço a compreensão em minhas ausências e pelas vezes que assumiram parte de minhas tarefas.

À Secretaria Municipal de Saúde, na pessoa da secretária Telma Regina Bley, agradeço a liberação para o desenvolvimento deste estudo.

Ao diretor acadêmico, Argos Gumbowski e diretor administrativo, Valdecir Bechel, da Universidade do Contestado-Canoinhas, agradeço o apoio para a concretização deste estudo.

À amiga Rosi, pela torcida e cuidado na formatação deste trabalho.

**[...] É chegada a hora de despertar.
Aprender a lidar conosco mesmo.
Precisamos de políticas públicas que
nos ajudem no processo de cura.
Precisamos construir seres capazes
de reconstruir a si mesmos e a vida coletiva.
Capazes de rir e chorar com as dores
e as alegrias do mundo.
Participar. Sentir. Colaborar.
Cidadãos e cidadãs que reconheçam nos
órgãos públicos suas representações [...]**

(Manja Coen, 2007)

WATZKO, JRI; MANTOVANI, MF. AS **representações da agressão física**: subsídios para o cuidado de enfermagem. 2008. 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

RESUMO

Trata-se de pesquisa descritiva que teve como objetivos identificar o perfil das vítimas de agressão física decorrentes de causas externas atendidas no Pronto Atendimento (PA) do município de Canoinhas-SC e apreender as representações sociais sobre os motivos para a ocorrência deste agravo. Foi realizada no Pronto Atendimento em 2 etapas: uma quantitativa e outra qualitativa. A quantitativa ocorreu por meio do levantamento de 113 fichas de registro de atendimentos de agressão física referentes ao período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007. Foi possível, a partir da análise dos dados, reconhecer a ocorrência de agressão física no município e identificar o perfil das vítimas que segue a tendência apontada na literatura, com predominância do sexo masculino - 81 (72%), entre adultos jovens - 42 (37,17%) têm de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos, com 27 (23,90%), provenientes da área urbana - 89 (79%), vitimados com a utilização de força física - 70 (62%), seguido de ferimentos por arma de fogo e arma branca. A etapa qualitativa se deu por meio de entrevista semi-estruturada com 16 vítimas de agressão física, no período de abril a julho de 2008 e que após analisadas de acordo com análise de conteúdo, possibilitaram emergir 3 temas: descrição da agressão física, motivos para sua ocorrência e suas implicações. Os sujeitos descreveram a agressão física como o resultado da falta de diálogo e de entendimento, como a facilidade para a solução de conflitos e como reflexo da formação. Quanto às motivações para a sua ocorrência foi apreendido dos discursos a sua utilização como um instrumento de poder, com implicações para as vítimas representadas como a consciência da vulnerabilidade, a ebulição de sentimentos e a experiência da agressão. Quanto às representações sociais das vítimas de agressão física, evidenciou-se que as mesmas perpassam por aspectos referentes à descrição do fenômeno, e a busca de motivações e das implicações de sua ocorrência. Para os sujeitos da pesquisa a agressão física está presente quando a capacidade de diálogo e de argumentação são vencidas pela utilização do poder, e este fato reflete a vulnerabilidade dos envolvidos.

Palavras- chave: agressão física, prática profissional, enfermagem

WATZKO, J.R.I.MANTOVANI, M.F. **The social representations of physical aggression: subsidies for the nursing care.** Curitiba, 2008. 97 pg. Dissertation (Masters Degree in Nursing) - Post-Graduation Program in Nursing, Universidade Federal do Paraná.

ABSTRACT

This work is a descriptive research aimed to identify the profile of physical aggression victims due to external causes, assisted in the Emergency Room (ER) in the city of Canoinhas – SC, and to learn the social representations about the motives for the occurrence of this offense. The work was performed in the Emergency Room in 2 phases: one quantitative and other qualitative. The quantitative was made collecting 113 files of physical aggression assistance registers occurred within the period of January 2005 – December 2007. From the data analysis it was possible recognize the occurrence of physical aggression in the city and identify the victims profile that follows the tendency showed in the literature, with the predominance of male sex – 81 (72%), among young adults – 42 (37,17%) are between 20 – 29 years old, followed by the age of 30 – 39, with 27 (23,90%), coming from the urban area – 89 (79%), victimized by the physical force - 70 (62%), followed by injures from fire gun and cutting weapon. The qualitative phase was made through semi-structured interview with 16 victims of physical aggression, within the period of April - July 2008 and after being analysed according to the contents analysis, allowed the emerging of 3 themes: physical aggression description, motives for its occurrence and its implications. The subjects described the physical aggressions as a result of lack of dialogue and understanding, as an easy way to solve the conflicts and as a formation reflex. Concerning the motivation for its occurrences it was taken from the statements its utilization as a power instrument, with implications for the victims represented as the consciousness of vulnerability, the feelings mobilization and the aggressions experience. Concerning the social representations of the physical aggression victims, it was evidenced that they pass through aspects referred to the phenomenom description, and the search of motivations and implications of its occurrence. For the research subjects the physical aggression is present when the dialogue and argumentation capacity are defeated by the use of power, and this fact reflects the vulnerability of the involved.

Key-words: physical aggression, professional practice, nursing,

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – NÚMERO DE HOMICÍDIOS NO BRASIL DE 1993 A 2002	22
TABELA 1 - INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS SEGUNDO SEXO E TIPO DE CAUSA. BRASIL, 2000	24
FIGURA 2 – MAPA ECOLÓGICO DA VIOLÊNCIA, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.....	27
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE AGRESSÃO FÍSICA, CANOINHAS 2008.....	50
TABELA 3- CARACTERIZAÇÃO DO TIPO DE LESÃO, CANOINHAS 2008.....	52
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DO TIPO DE LESÃO SEGUNDO O SEXO, CANOINHAS 2008.....	54
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DO TIPO DE ARMA UTILIZADO SEGUNDO O SEXO E PROCEDÊNCIA, CANOINHAS 2008	55
FIGURA 3 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AGRESSÃO FÍSICA SEGUNDO AS VÍTIMAS CANOINHAS, 2008.....	57

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ETAPA QUANTITATIVA	83
APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ETAPA QUALITATIVA.....	85
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	87
APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO.....	89
ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	91
ANEXO 2 - FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS	93

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	–	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	–	Centro de Atendimento Psicossocial
CID-10	–	Classificação Internacional de Doenças- 10ª revisão
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
SAMU	–	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIH/SUS	–	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	–	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidades Básicas de Saúde
UI	–	Unidade Intermediária
USB	–	Unidade de Suporte Básico
USF	–	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 CONCEITOS, ORIGEM E REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA	23
2.2 A INCLUSÃO DA VIOLÊNCIA NA AGENDA DO SETOR SAÚDE	29
2.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A VIOLÊNCIA	35
3 MÉTODO.....	41
3.1 TIPO DE ESTUDO	41
3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO.....	42
3.3 UNIVERSO, AMOSTRA E SUJEITOS DO ESTUDO	44
3.4 COLETA DE DADOS.....	45
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	49
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1 PERFIL DAS VÍTIMAS DE AGRESSÃO FÍSICA.....	48
4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AGRESSÃO FÍSICA	54
4.2.1 A Descrição da Agressão física	59
4.2.2 Os motivos para a ocorrência da agressão física	62
4.2.3 As implicações da agressão física para as vítimas.....	65
5 CONSIDERAÇÕES.....	71
6 REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES E ANEXOS	80

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, dois processos têm produzido importantes mudanças no perfil das doenças na população. O primeiro denomina-se transição demográfica com a diminuição das taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida, e o segundo transição epidemiológica com as mudanças no perfil da morbimortalidade, neste ocorre a diminuição da incidência de doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis e dos agravos por causas externas (SOUZA, 2002).

O fenômeno da transição epidemiológica se configura como novo desafio para gestores do setor saúde e para os profissionais devido ao crescimento das causas externas, que são aquelas consideradas não naturais, lesões e envenenamentos, englobando os acidentes e violências que as originam (OMS, 1996).

A violência, em suas variadas formas de manifestação vem sendo referida, nos últimos anos, como um grave e relevante problema em diversos países, inclusive no Brasil (Guimarães et. al, 2005) o que implica no reconhecimento de que os serviços de saúde possuem um importante papel no seu enfrentamento (REICHENHEIM; DIAS; MORAES, 2006).

Ressalta-se que o atendimento à vítima de causas externas percorre tanto as unidades de atendimento ambulatorial como as hospitalares, entretanto, ela aparece em maior número nas emergências hospitalares da rede pública do que nos atendimentos ambulatoriais (SOUZA, 2002). Nesta perspectiva, os profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, estão em uma posição estratégica para precocemente detectar riscos e identificar as possíveis vítimas de violência, e atuar na prevenção.

De acordo com Deslandes (2002), são os profissionais de saúde que convivem diariamente com a violência na demanda dos serviços, e o atendimento de emergência pode ser visualizado como um indicador desta ocorrência no município, ao mesmo tempo em que pode prover a primeira oportunidade para as vítimas receberem suporte, assistência e proteção (DESLANDES, 1999). Entretanto, este atendimento ao usuário em uma unidade de emergência é voltado à lesão causada pelo trauma, e não inclui uma investigação e preocupação sobre sua origem, a qual pode ser muitas vezes a violência física (LEAL; LOPES, 2005).

As informações acerca dos traumas e lesões mais freqüentes abrem para os profissionais, inúmeras possibilidades de atuação, pois permitem o planejamento dos serviços, a alocação de recursos e a própria avaliação da assistência prestada e, ainda, sensibilizar os profissionais que prestam atendimento direto às vítimas na discussão do problema das causas externas (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 1,6 milhões de pessoas morrem a cada ano em decorrência da violência, caracterizando-se em 2002, entre as principais causas de óbitos entre 15 a 44 anos, na maioria dos países, e correspondeu a 14 % dos óbitos no sexo masculino e 7% dos óbitos no sexo feminino desta faixa etária (OMS, 2002).

No Brasil, em 2003, 128.790 pessoas morreram por causas externas, e que responderam pela terceira causa de óbito na população geral. Os homicídios – violência interpessoal – representam quase 40% dos óbitos por causas externas, com crescimento nas últimas décadas em todo o país (BRASIL, 2006). No estado de Santa Catarina, no período de 1996 a 2006, 5638 pessoas morreram vítimas de homicídios e, no município de Canoinhas, no mesmo período, ocorreram 56 óbitos (BRASIL, 2007).

Para que este quadro de elevada mortalidade e morbidade por violência no Brasil seja compreendido na sua amplitude, é necessária a discussão 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). É uma preocupação que deve envolver as esferas social, política e econômica, haja vista que traz impacto direto à qualidade de vida da população (PHEBO e MOURA, 2005).

A violência alcançou grande dimensão que pode ser considerada como infrapolítica, pois é, ao mesmo tempo, causa e efeito da conjuntura (MINAYO e SOUZA, 2003). Ela se constitui um fenômeno social e histórico de conceituação complexa que encerra eventos de natureza diversa, relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, que, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos violentos. Este fenômeno apresenta uma forte associação com a pobreza resultante das desigualdades sociais e da exclusão, revestindo-se de complexidade seja pela multiplicidade de seus determinantes, ou pela variedade de abordagens e potencialidades de intervenção (MALTA et al.

2007a). Como em uma epidemia, todos são afetados pela fonte comum de uma estrutura social desigual, que alimenta e mantém ativos os focos de violência, em especial, aqueles expressos nas relações intrafamiliares, de gênero, de classes e nas instituições (MINAYO e SOUZA, 1993).

Ao reconhecer a relevância do tema, o Ministério da Saúde em 2000, reuniu especialistas, gestores e profissionais que trabalham em serviços de urgência para elaborar um documento estabelecendo as diretrizes e atividades para o setor saúde, que resultou na construção de políticas intersetoriais. O documento foi pactuado no Conselho Nacional de Saúde, e apresentado como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Sistema Único de Saúde – PNRMAV/SUS (BRASIL, 2001b). Além disso, outras iniciativas surgiram no campo da redução da violência com a implantação da Agenda do SUS como: a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Política Nacional de Promoção da Saúde, e a estruturação da Vigilância de Violências e Acidentes (PIMENTA JUNIOR, 2007). Esta política refere como princípio norteador que a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência (BRASIL, 2001b).

Ao incorporar a violência como problema de saúde, o setor saúde assume sua participação na busca da qualidade de vida da população, e o seu papel nas estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, além de ações relativas à assistência, à recuperação e à reabilitação (SOUZA, 2002). A violência passa a ser objeto de reflexão, também pelo papel que assume diante da morbimortalidade, vitimizando crianças, jovens, adultos e idosos indiscriminadamente (MINAYO e SOUZA, 1993). Sua inserção no contexto do setor saúde está relacionada aos danos físicos e seqüelas, com a necessidade de intervenção médica e biomédica, mas também ao elevando custo da assistência nas emergências hospitalares e das internações das vítimas (GUIMARÃES et al., 2005).

Constata-se que mais do que uma necessidade, a atenção à violência consiste numa demanda de saúde pública, ao mesmo tempo em que é uma reivindicação no sentido de colocá-la na pauta para a discussão de conhecimentos, práticas e políticas (GOMES, 1997). Portanto, levando-se em conta a tradição e a credibilidade da saúde pública nas intervenções preventivas e promocionais no nível dos grupos populacionais e na atenção às vítimas, as instituições e os profissionais

de saúde desempenham um papel fundamental no âmbito das políticas de superação da violência e de suas conseqüências (MINAYO e SOUZA, 1999).

Este fenômeno desafia os saberes do campo da saúde, uma vez que não é uma doença, não é resultado de nenhuma contaminação, e não representa nenhum desequilíbrio orgânico. Entretanto, produz dor, sofrimento, lesões e morte (DESLANDES, 1999).

Apesar da gravidade do problema, o que se observa é a quase inexistência de estudos relacionados à violência e suas motivações, justificando a necessidade de investigações e reflexões acerca da temática.

Nesta perspectiva, a compreensão do processo gerador da violência física torna-se um instrumento necessário para que o enfermeiro, junto com outros profissionais, possa traçar ações de combate e, conseqüentemente, atuar de maneira positiva na promoção da saúde dos indivíduos. Compreende-se que esse fenômeno exige uma abordagem efetiva por parte dos enfermeiros, devido à presença constante na sua práxis profissional (ALGERI e SOUZA, 2006). O enfermeiro precisa estar preparado para o enfrentamento, detecção e prevenção deste fenômeno, utilizando para tal uma abordagem holística, não focando seus cuidados exclusivamente nas conseqüências físicas provocadas pelo ato violento.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), é de responsabilidade dos profissionais de saúde a preocupação e intervenção, de forma a identificar e combater a violência. Entretanto, muitas vezes o profissional de saúde está pouco atento para identificar as várias faces dos atendimentos incluídos na classificação de causas externas, pois é comum, na emergência, desconsiderar a violência como causa, e quando identificada considerá-la um evento normal para o tipo de pessoa que está sendo atendida (LEAL, 2003). Os profissionais deveriam refletir sobre o impacto da violência, na organização, no funcionamento dos serviços e nos custos do sistema de saúde, além das repercussões para a saúde da população (FORTES, 2004).

Ao compartilhar das idéias de Agudelo (1999), para quem a violência ameaça e nega não somente a saúde, mas o processo vital do homem por inteiro, questionou-se as raízes deste fenômeno e suas repercussões para a saúde das vítimas de violência física. Portanto, para dimensionar e compreender o impacto da violência sobre a saúde são imprescindíveis estudos interdisciplinares, que incluam

uma visão quantitativa e qualitativa do fenômeno. Não basta quantificar as vítimas e os agressores, pois estes fazem parte de um contexto histórico e cultural, com suas razões e motivações. Por isso, descobrir a magnitude e sentidos de sua ocorrência é pré-requisito para a formulação de programas de promoção e de prevenção deste fenômeno (MINAYO, 2005). É preciso compreender seus determinantes em nível coletivo e subjetivo, além de identificar grupos e populações de risco, contribuindo, dessa forma, para o controle de seus processos e dinâmicas geradoras (SOUZA; LIMA; VEIGA, 2005).

Ao desenvolver este estudo, teve-se o pressuposto de que as vítimas possuem representações sobre os motivos que as levaram a sofrer violência, o que pode ajudar a entender as expressões deste fenômeno em relação ao outro, seja em sua individualidade ou no coletivo. Parte-se da idéia de que a perspectiva Teórica das Representações Sociais (TRS) mostra que os indivíduos são seres de vida social, partilham o mundo com os outros e com eles interagem continuamente, seja na convergência ou no conflito, mas necessariamente em todas as situações que envolvem a administração e o enfrentamento da vida (CRUZ, 2006).

Nesse sentido, Moscovici (1978) compreende que, na tentativa de explicar a realidade, é criado coletivamente um conhecimento, o do senso comum, que sistematiza os conceitos dispersos no cotidiano e lhes dá sentido, produzindo identidade e orientando as condutas sociais. Isso significa que o sujeito é construído pela realidade e, ao mesmo tempo, a constrói e, por fim as representações atribuem um sentido compartilhado a esta realidade (CRUZ, 2006).

Assim, conhecer as representações das vítimas acerca da violência pode trazer pistas para entender a “lógica natural” que fundamenta as práticas sociais implicadas nas relações dos sujeitos enquanto seres de vida social (SANTOS e ALÉSSIO, 2006) e, nesta direção, pensou-se na seguinte questão norteadora:

Quem são as vítimas de violência física e como representam as condições que as levaram a sofrer agressão física? Para responder esta questão, optou-se por um estudo com abordagem quanti-qualitativa, voltada à apreensão das representações das vítimas sobre a agressão e a construção de um perfil epidemiológico sobre os sujeitos do estudo.

Com o fito de alcançar as respostas propuseram-se os seguintes objetivos:

- Identificar o perfil das vítimas de agressão física decorrentes de causas externas atendidas no Pronto Atendimento do município de Canoinhas (SC).
- Apreender as representações das vítimas sobre a ocorrência da agressão física.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura será abordado o fenômeno da violência, com a apresentação dos índices de morbimortalidade, origem, conceitos, classificações e a trajetória de sua inserção como um problema de saúde pública. Em um segundo momento, será discutida a utilização da Teoria das Representações Sociais para a compreensão deste fenômeno.

2.1 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA: IMPACTO E EVOLUÇÃO

A saúde e doença longe de serem fatalidade ou destino, são processos históricos e sociais determinados pelo modo como cada sociedade vive, se organiza e produz (BRASIL, 2006). A saúde é uma necessidade do ser humano que foi e permanece como uma das condições essenciais para o pleno exercício da vida humana, motivo pelo qual tem permanecido como um valor para o indivíduo e a sociedade (KIRCHHOF, 2003). Os pré-requisitos para seu alcance, apresentados na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, e reforçados pela Décima Nona Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, realizada em Vancouver, Canadá, em julho de 2007, são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Neste sentido, fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde (BRASIL, 1986; UIPES, 2007).

Nessa perspectiva, a promoção da saúde representa uma estratégia de mediação entre as pessoas e o meio ambiente, com a combinação de escolhas pessoais e possibilidades sociais, na busca da dimensão saudável do processo de viver humano, em suas interações com o contexto ambiental (SILVA; LUNARDI; LUNARDI FILHO; TAVARES, 2005).

A produção da saúde é um contínuo tecer, ao fortalecer conexões e criar relações que contribuam para o bem-estar dos indivíduos e das coletividades. Essa

produção passa pelas relações dos seres humanos entre si e com o meio ambiente em que vivem, do qual são, ao mesmo tempo, parte e agente (MENDONÇA; INOJOSA e COSTA, 2007). Promover saúde, portanto, implica no fortalecimento dos indivíduos, através da construção da capacidade de escolhas e do uso de conhecimento, considerando as singularidades das vivências individuais e sociais (SILVA; LUNARDI; LUNARDI FILHO; TAVARES, 2005).

Assim, as populações e indivíduos estão mais ou menos expostos aos riscos de adoecer ou morrer em função de fatores associados às suas condições biológicas, socioculturais e econômicas, mas as profundas transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando, têm levado a mudanças no quadro epidemiológico, na produção e distribuição social dos problemas de saúde (BRASIL, 2006).

As enfermidades infecciosas e parasitárias inseridas nos primeiros lugares como causas de morbi-mortalidade, se sucederam as doenças vinculadas às condições e estilos de vida, fenômeno denominado como transição epidemiológica (MINAYO, 2004a). Neste processo, ocorreu a queda da taxa de mortalidade infantil, a redução na mortalidade proporcional das doenças infecciosas, aumento das doenças crônico-degenerativas, o que refletiu em um aumento da expectativa de vida, contudo, as causas externas tornaram-se objeto de preocupação entre os profissionais de saúde (GAWRYSZEWSKI, KOIZUMI, MELLO-JORGE, 2004).

Os acidentes e violências configuram um conjunto de eventos e lesões que podem ou não levar a óbito, e são reconhecidos na Classificação Internacional das Doenças (CID) como causas externas. Essas incluem uma extensão imensa de eventos: todos os tipos de acidentes, lesões auto-provocadas voluntariamente, agressões, eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerra, efeitos tardios provocados por lesões acidentais ou violentas e complicações de assistência médica e cirúrgica (OMS, 1996).

Nos traumas que provocam enfermidades ou incapacidades, a Organização Mundial de Saúde inclui as lesões físicas e psíquicas, os envenenamentos, os ferimentos, as fraturas, as queimaduras e as intoxicações (MINAYO, 2005). O indicador de mortalidade por causas externas engloba homicídios, suicídios e acidentes fatais (MINAYO e SOUZA, 1999).

As análises das causas externas, entre elas a violência, vêm sendo feitas com frequência utilizando dados de mortalidade, por serem obtidos de maneira

sistemizada e apresentarem melhor qualidade da informação. Já a análise de morbidade exige a criação de banco de dados especificamente desenhados para esta finalidade (MELLO-JORGE; KOIZUMI, 2004).

É interessante destacar que, em 1930, cerca de 50% das mortes eram causadas por doenças infecciosas ou parasitárias, já as causas externas e as neoplasias correspondiam a 3%, e as doenças do aparelho circulatório a 12% (BRASIL, 2006).

Desde a década de 1960, o quadro de mortalidade geral revela a transição das doenças infecto-parasitárias para a violência como fenômeno relevante, e o ponto de inflexão está situado na década de 1980 que apresentou crescimento de cerca de 29% na proporção de mortes violentas (MINAYO e SOUZA, 1999).

Em 2003, as doenças infecciosas e parasitárias respondiam por 5,2% das mortes, as violências por 13,5%, as neoplasias por 16,2% e as doenças do aparelho circulatório por 28,4%. No mesmo período, ocorreram 126.656 mortes violentas no país, destacando-se as agressões com 51 mil, das quais 39.325 mortes por armas de fogo, 108 por dia, 9 mortes a cada 2 horas, 1 morte a cada 14 minutos. Em 2004, 48.374 pessoas foram assassinadas, ou seja, 132 homicídios por dia, dos quais os homens foram as maiores vítimas, 92 mortes em cada 100, o que representa 5,39% do total de óbitos, apresentando uma taxa padronizada de mortalidade de 36,56 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2006).

Dados do Ministério da Saúde apontam que, entre 1990 e 2000, ocorreram mais de 400 mil mortes por homicídios, das quais 70% por armas de fogo, número que veio crescendo a cada ano. Em 1991, 50,3% (15.460) deles ocorreram por armas de fogo, no ano 2000, esse percentual subiu para 68%, correspondendo ao óbito de 30.855 pessoas. Os homicídios por arma de fogo representam a principal causa de morte entre jovens e adultos até 39 anos no Brasil, ultrapassando inclusive os acidentes de trânsito, evento que extermina os jovens, especialmente do sexo masculino, com baixa renda e moradores das periferias (BRASIL, 2006; MINAYO, 2005).

Os óbitos causados pelas causas externas têm registrado um crescimento expressivo no Brasil, atingindo principalmente homens jovens, impactando na expectativa de vida, principalmente nas classes menos favorecidas (FORTES, 2004). O número de homicídios apresenta um crescimento freqüente (Gráfico 1), pois de 1993 a 1995 houve um aumento acentuado, e nos anos seguintes o número

de homicídios cresce como que de forma regular, aumentando aproximadamente 5,5% ao ano (WAISELFISZ, 2004).

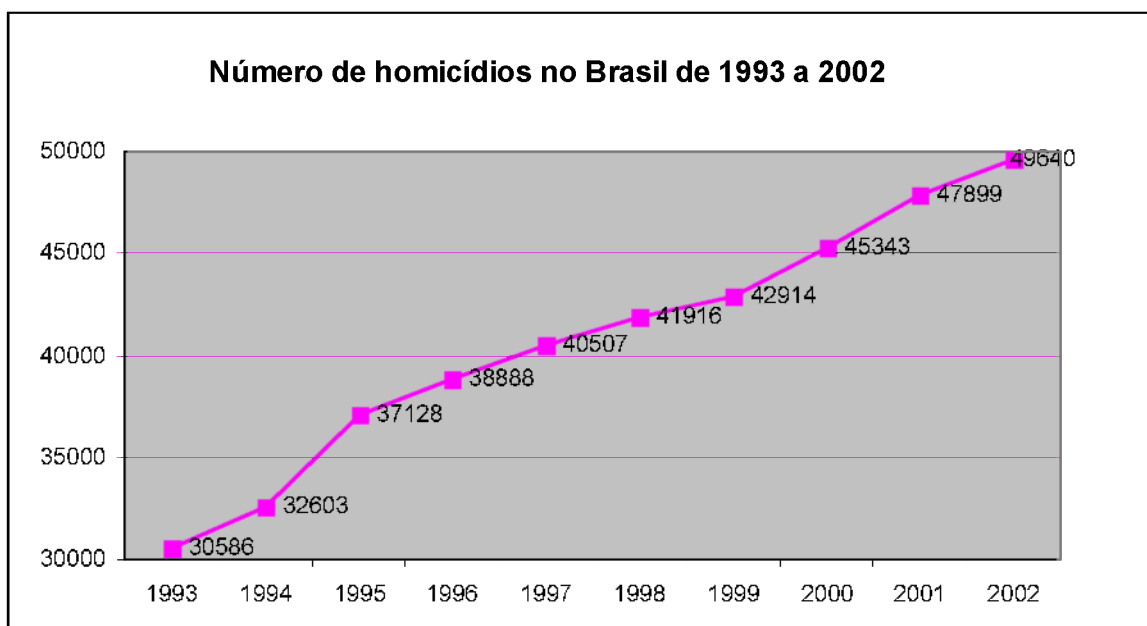


FIGURA 1 – NÚMERO DE HOMICÍDIOS NO BRASIL DE 1993 A 2002
 FONTE: Waiselfisz (2004, p.29)

No Brasil, as três primeiras causas de mortalidade são as doenças cardiovasculares, as violências e os acidentes e as neoplasias (Minayo, 2004a), entretanto, as causas externas de mortalidade, que englobam acidentes e eventos violentos, ocupam o primeiro lugar na faixa etária de 15 a 49 anos, e são também as principais responsáveis por anos potenciais de vida perdidos (REICHENHEIN; WERNECK, 1994; MINAYO e SOUZA, 1999).

Em Santa Catarina, ocorreram, no período de 1996 a 2006, 5638 mortes violentas, destacando-se as agressões com arma de fogo com 3180 ocorrências e as agressões com arma branca com 1292 registros. No mesmo período, em Canoinhas, ocorreram 56 homicídios com 28 agressões por arma de fogo e 19 por arma branca (BRASIL, 2007).

Segundo Minayo e Souza (1999), este quadro de elevada mortalidade por violência no Brasil não pode ser compreendido sem a apreensão de determinados termos e conceitos como desigualdade, injustiça, corrupção, impunidade, violação

dos direitos humanos, bem como da banalização e pouca valorização da vida. Para Phebo e Moura (2005), a violência é um tema que abarca fenômenos das esferas social, política e econômica, e repercute diretamente na qualidade de vida da população.

Os dados referentes às internações ou atendimentos de emergência não são conseguidos facilmente, muitas vezes somente por meio de estudos específicos, por este motivo os estudos dos índices de mortalidade revelam um panorama geral da violência no país (GAWRYSZEWSKI, KOIZUMI, MELLO-JORGE, 2004). Para o atendimento em pronto socorro, não existe o preenchimento de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), o que especificamente, em relação às lesões, subestima a real importância da morbidade por essas causas (KOIZUMI; LEBRÃO; MELLO-JORGE; PRIMERANO, 2000).

A morbidade por agressão física é difícil de ser mensurada, e isso se deve à escassez de dados, a imprecisão das informações geradas através dos boletins de ocorrência policial, a pouca visibilidade de determinados tipos de agravos ou ainda pela multiplicidade de fatores que envolvem atos violentos. Contudo, não se pode deixar de reconhecer que os eventos violentos inibem, modificam e enfraquecem a qualidade e a capacidade de vida (MINAYO e SOUZA, 1999).

Dados do Ministério da Saúde (Tabela 1) mostram que, no ano 2000, ocorreram 652.249 internações por causas externas, capítulo XX da CID-10, destacando-se as internações por agressões com 29.880 registros para o sexo masculino e 5.614 para o feminino, totalizando 35.494 ocorrências, respondendo por 5,4% do total de internamentos (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI e MELLO-JORGE, 2004).

TABELA 1 - INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS SEGUNDO SEXO E TIPO DE CAUSA. BRASIL, 2000

TIPO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Acidentes de transporte	88.824	13,6	29.799	4,6	118.623	18,2
Quedas	187.896	28,8	91.433	14,0	279.336	42,8
Demais acidentes	127.607	19,6	57.572	8,8	185.179	28,4
Agressões	29.880	4,6	5.614	0,9	35.494	5,4
Lesões autoprovocadas	6.026	0,9	3.717	0,6	9.743	1,5
Indeterminado	16.645	2,5	7.229	1,1	23.874	3,7
TOTAL	456.878	70,1	195.364	29,9	652.249	100

FONTE: Gawryszewski, Koizumi, Mello-Jorge (2004, p. 997).

Esses agravos ocuparam o sétimo lugar no conjunto das internações, incluindo-se internações por gravidez. Retirando-se essa rubrica, as causas externas sobem para o sexto lugar. O custo médio de tratamento de pessoas feridas ou traumatizadas por causas externas foi de R\$ 506,52 (quinhentos e seis reais e cinquenta e dois centavos), equivalente a 3,4 salários mínimos, muito acima dos R\$ 403,38 (quatrocentos e três reais e trinta e oito centavos), ou a 2,7 salários mínimos, correspondentes ao custo médio das internações em geral (MINAYO, 2005). Assim, pode-se afirmar que os gastos com as internações hospitalares por causas externas são superiores àqueles decorrentes de causas naturais (MELLO-JORGE; KOIZUMI, 2004).

Os três principais meios de agressão que levaram à internação, no mesmo período apresentado acima, foram: arma de fogo, com taxa de 0,067 por mil habitantes e proporção de 33,2% de todas as hospitalizações; objetos cortantes e penetrantes, com taxa de 0,053 e proporção de 26,4% e força física, com 0,030 e 14,8%, respectivamente. As lesões por arma de fogo foram responsáveis pela causa de internação com maior taxa de mortalidade hospitalar (9,7% por cem internações) e o maior custo (R\$ 892,38) equivalente a 5,9 salários mínimos (SOUZA; LIMA e VEIGA, 2005).

Estudo realizado por Wulkan; Parreira Junior e Botter (2005), mostrou como principal causa do trauma facial a violência interpessoal, perfazendo um total de 48,1%, ficando evidente que a agressão é o mecanismo que resulta no maior número de fraturas e contusões. Para Noronha et al. (1999), as agressões têm

muitos determinantes macro e microssociais que favorecem a ocorrência de conflitos interpessoais.

Diante do exposto, o fenômeno da violência como um problema de saúde pública é evidenciado, pois afeta a saúde individual e coletiva, exigindo a criação de políticas para sua prevenção e controle (MINAYO, 2006).

2.1 CONCEITOS, ORIGEM E REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA

A violência não é fato novo na história da humanidade, pois diversos relatos apresentam sua ocorrência desde os primórdios da civilização. Entretanto, é na atualidade que se encontram atos cada vez mais violentos na relação do homem com o meio ambiente, deste com seus pares, seja nas relações de trabalho, sociais ou familiares (CAMARGO e BURALLI, 1998).

É um fenômeno complexo e conhecer seus determinantes e os múltiplos fatores envolvidos na sua gênese pode auxiliar a compreender e minimizar o seu impacto na saúde da população (PHEBO e MOURA, 2005). Tem sua origem nas necessidades e interesses antagônicos, os quais são geradores de um clima de disputa de força e de poder, entretanto, percebe-se que jamais este fenômeno atingiu os números da atualidade. Para Dias (2004), a violência é compreendida como uma relação assimétrica de poder, com fins de dominação, exploração e opressão. A autora afirma que este fenômeno é capaz de provocar doenças e alterações negativas na integridade corporal, orgânica e emocional, além de provocar a morte.

Ela é definida no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da OMS, como uso intencional de 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 qualquer probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.5). Os atos violentos intencionais incluem o uso da força ou do poder, os quais podem resultar no aparecimento de lesões físicas graves, bem como de distúrbios psicológicos e até óbito (PHEBO e MOURA, 2005).

Neste sentido, Boff (1999) caracteriza nossa época pelo estigma da falta de cuidado e pela perda da gentileza nas relações interpessoais e sociais. O autor refere que um manto de violência pesa sobre a humanidade, e recorre-se freqüentemente a atos violentos para resolver conflitos interpessoais e institucionais.

A ocorrência de atos violentos possui raízes em vários contextos, e caracteriza-se por um fenômeno multicausal, em que não existe um fator de risco que, isoladamente, possa determinar o seu aparecimento. Por este motivo, torna-se difícil sua abordagem. É necessária uma visão ampla do assunto e que considere os fatores relacionados ao indivíduo, às relações que desenvolve, à comunidade onde vive, e à sociedade em geral, que atuam de forma conjunta no aparecimento de atos violentos (OMS, 2002).

Em nível individual, alguns fatores podem influenciar a relação que o indivíduo desenvolve com os atos violentos que ocorrem em seu cotidiano. Portanto, aspectos biológicos, comportamentais e da história de vida podem agir aumentando o risco ou a proteção à violência (PHEBO e MOURA, 2005).

Nos estudos científicos, existem no mínimo três correntes que buscam explicar a origem da violência. Uma sustenta a idéia de que ela é resultante de necessidades biológicas, outra explica o fenômeno a partir, exclusivamente, do arbítrio dos sujeitos, e a terceira apresenta o âmbito social como o ambiente dominante na sua produção (MINAYO, 2005).

Nesta perspectiva, o Relatório Mundial sobre Violência da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) propõe um modelo de elucidação das raízes deste fenômeno, apresentando quatro níveis de explicação. A Figura I – Modelo Ecológico da Violência, apresenta de forma esquemática como os fatores relacionados ao indivíduo, às relações que ele desenvolve na comunidade onde vive, inserida na sociedade em geral, que atuam de forma conjunta na ocorrência do fenômeno e pode ajudar a compreender sua natureza complexa (PHEBO e MOURA, 2005).

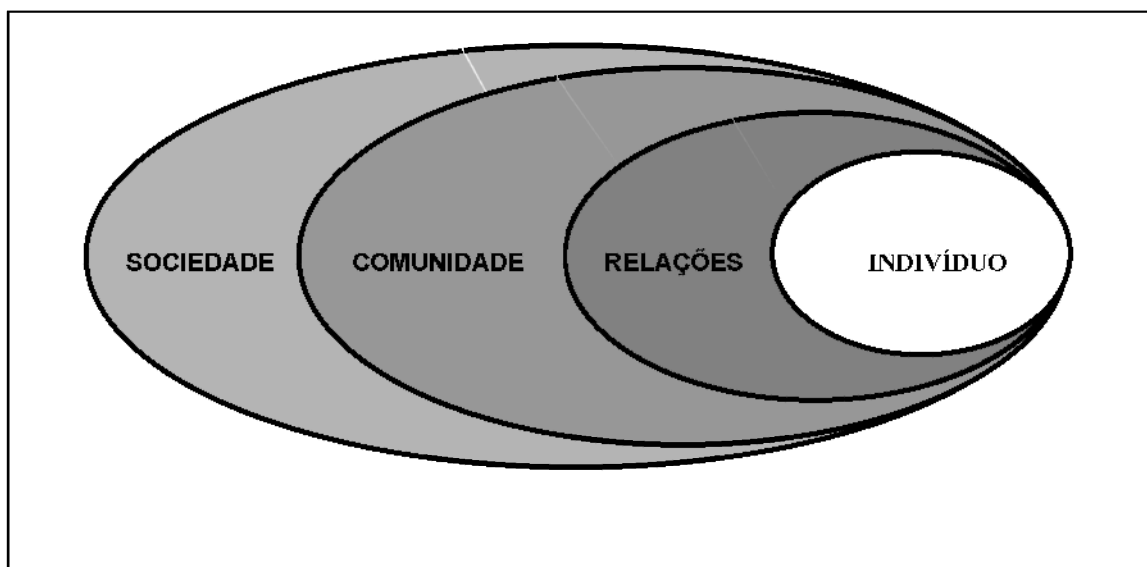


FIGURA 2 – MAPA ECOLÓGICO DA VIOLÊNCIA, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

FONTE: Phebo e Moura (2005, p.190)

O primeiro nível busca identificar os fatores biológicos e pessoais de cada indivíduo, concentrando-se nas características comportamentais e da história de vida que aumentam a possibilidade do indivíduo ser vítima ou agressor. Por exemplo, o fato de ser homem e jovem pode colocar o indivíduo em maior risco de envolver-se em cenários violentos (PHEBO e MOURA, 2005). No segundo nível, são identificados os fatores relacionais, evidenciando-se as interações sociais entre companheiros, colegas, parceiros íntimos, membros da família, e sua influência na vitimização ou perpetuação da violência. O terceiro nível apresenta os fatores comunitários e sua influência na dinâmica do evento, e são incluídos os locais de trabalho, a escola e a vizinhança, e como problemas o desemprego, o tráfico de drogas e armas. Em quarto lugar, são apresentados os fatores sociais mais amplos que contextualizam os índices de violência, como as normas culturais que a justificam, validam o uso abusivo da força pela polícia, e as normas que apóiam conflitos políticos (MINAYO, 2006). Neste nível, encontram-se também os fatores socioeconômicos, os quais possuem um papel de destaque na gênese dos conflitos (PHEBO e MOURA, 2005).

Há, deste modo, uma concepção subjacente às hipóteses discutidas anteriormente de que a violência é moldada tanto por fatores estruturais e

institucionais, quanto por fatores culturais e interpessoais (NORONHA et al., 1999). Isto implica preservar a idéia de que ela tem raízes sociais e culturais, manifestando-se em contextos diferentes, entretanto, o seu aumento tem menos a ver com o contexto no qual se manifesta e mais com as condições que lhe dão origem (MINAYO, 2005).

Assim, ela é tanto uma conseqüência da neuroadaptação aos fatores psicossociais e ambientais, quanto uma conseqüência dos efeitos biológicos no desenvolvimento psicossocial (GRISSEO citado por KRISTENSEN et al., 2003). Portanto, não existem causas únicas, pois a violência é um fenômeno social e histórico de conceituação complexa, que encerra eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais, os quais, muitas vezes, fundamentam e legitimam atos de violência (MALTA et al., 2007a).

O conceito de violência não tem definição simples, pois envolve valores de cada cultura, o que gera dificuldade para identificar atos violentos em diferentes culturas (ARANHA, MARTINS, 2005). É um fenômeno que varia em suas formas de expressão de uma cultura para outra, de um período histórico para outro em uma mesma comunidade, assim como em seu significado para os diferentes grupos sociais que a vivenciam (ANCHIETA e GALINKIN, 2005).

Atualmente, é identificada nos espaços públicos e privados, está presente nas relações institucionais, grupais e interpessoais, ocorre em tempos de guerra e de suposta paz, não existindo elementos suficientes para explicar domínio tão amplo e com interconexões ainda pouco conhecidas (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA e COUTO, 2006).

Violência deriva do latim *violentia*, significando a qualidade de violento, qualidade daquele que atua com força ou grande ímpeto, opressão ou tirania, ou o uso de qualquer força contra a vontade, liberdade ou resistência da pessoa. Pode significar, ainda, constrangimento físico ou moral exercido sobre alguma pessoa, obrigando-a a submeter-se à vontade de outra (KRISTENSEN et al., 2003). Muitas outras definições existem, e por ser um fenômeno que atinge todas as pessoas e as afeta física e emocionalmente, foge a qualquer conceituação definitiva (MINAYO, 2005). Nesse sentido, o fenômeno também é difícil de enfrentar pelos muitos significados que possui (SCHRAIBER et al., 2005).

Em termos legais, refere-se a constrangimento físico ou moral, podendo ser praticado por força física ou por coerção (SCHWANCK; PAULETTI; ZORZO; GOMES, 2005).

Várias são as formas de violência, e neste estudo optou-se pela classificação em três grandes grupos: auto-infligida, interpessoal e coletiva (Krug et al., 2002), por entender que contempla diferentes dimensões vivenciadas pelos profissionais de saúde, em especial pela enfermagem, e também por entender que a clareza conceitual sobre os diversos grupos é fundamental para que se possa reconhecê-la.

A violência auto-infligida é aquela dirigida contra si mesmo, através de comportamento suicida ou auto-abusivo. O primeiro tipo abrange pensamentos e tentativas de suicídio, enquanto o segundo refere-se a atos de agressão a si próprio e auto-mutilação (MINAYO, 2006).

Outro grupo refere-se à violência interpessoal, que é aquela infligida por outra pessoa ou grupo, este ainda pode ser subdividido em duas categorias: violência intrafamiliar e comunitária (KRUG et al., 2002). Enquadra-se neste grupo a 'violência física', foco deste estudo, entendida como aquela que ocorre quando uma pessoa, em relação de poder sobre outra, causa ou tenta causar dano, utilizando força física ou algum tipo de arma, o que pode provocar ou não lesões (BRASIL, 2001a).

Para Hermann (2007), a violência física é entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal do ser humano. Ela pode se manifestar em graus crescentes de severidade e de várias formas, contudo, estas não são produzidas isoladamente, e fazem parte de uma seqüência de episódios.

A agressão é definida por Gianini; Litvoc e Eluf Neto (1999), como qualquer atitude que tem por intenção ferir ou ofender outro indivíduo, e pode ser classificada em três aspectos: física ou verbal, ativa ou passiva, direta ou indireta. É um comportamento que apresenta dificuldades de investigação em função da grande amplitude de atitudes consideradas agressivas manifestas e encobertas de critérios subjetivos em sua interpretação como os valores e juízo, da multiplicidade de fatores causais, com variações de acordo com gênero e idade dos envolvidos e finalmente porque seu surgimento e evolução também variam (LEME, 2004).

A violência coletiva refere-se a ações de conjuntos maiores, que ocorre nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, na qual os atos violentos

caracterizam a dominação de grupos e do Estado (MINAYO, 2006). Dentro deste grupo, situa-se a violência social, política e econômica (PINHEIRO e ALMEIDA, 2003).

O ato violento pode ser classificado também conforme a sua natureza: sexual, psicológica, privação ou negligência. O abuso psicológico diz respeito a agressões verbais ou gestuais, que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Abuso sexual é toda ação na qual uma pessoa em relação de poder, utilizando força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga outra a manter relação sexual contra sua vontade. Ocorre em diferentes modalidades como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual. E por negligência entende-se a ausência, abandono ou recusa de cuidados a alguém que necessita de atenção e assistência (BRASIL, 2001a).

Sabe-se pouco sobre como as diversas dimensões da violência, categorizadas neste estudo como auto-infligida, interpessoal e coletiva se articulam, e sobre como estas dimensões originam uma teia complexa em que uma impulsiona a outra (NORONHA et al., 1999).

Atualmente, este fenômeno ocorre em todos os segmentos sociais, econômicos, culturais e políticos, e muitas vezes faz parte da forma diária de vida das pessoas. Nesta linha ampla de compreensão do que seja a violência, pode-se incluir em sua realidade um número expressivo de manifestações. Afinal, passam a ocupar espaço fatos humanos de uma diversidade enorme. Isto é, ela está em tudo que é capaz de imprimir sofrimento ou destruição ao corpo do homem, bem como o que pode degradar ou causar transtorno à sua integridade psíquica (MINAYO, 2005). Neste sentido, fica evidente que o tema violência deve ser reconhecido e discutido nos diferentes contextos em que é vivenciada, entre eles o setor de saúde, buscando o seu enfrentamento.

A reflexão desenvolvida acima mostra a necessidade dos profissionais de saúde trabalharem não só com modelos epidemiológicos, mas de incluírem a compreensão dos fatores e contextos envolvidos nos comportamentos, ações e processos violentos (MINAYO, 2005).

2.2 A INCLUSÃO DA VIOLÊNCIA NA AGENDA DO SETOR SAÚDE

A violência tradicionalmente foi tratada no âmbito do direito criminal ou da segurança pública, porém, a partir da década de 60, mudanças ocorreram. Destaca-se a pediatria americana e seus estudos sobre a chamada Síndrome do bebê espancado, caracterizando-a como um agravo para o crescimento e desenvolvimento infantil, fazendo com que vários países reconhecessem os maus-tratos às crianças como um problema de saúde pública. Uma década depois, vários países criaram programas preventivos assistenciais de violência intrafamiliar (MINAYO, 2007).

A partir da década de 70, o movimento feminista inseriu, na pauta de discussão, a violência contra a mulher, ao apontar a opressão e a dominação da cultura patriarcal, dando ênfase à violência de gênero (MINAYO, 2007).

Devido a mudanças significativas nos perfis de morbimortalidade nas regiões latino-americanas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomendou, a partir de 1993, que os países membros incluíssem a violência como tema em sua agenda de intervenção. E a situação agravante, em muitas outras partes do mundo, levou a Organização Mundial da Saúde a dedicar prioridade às violências na Assembléia Mundial de Saúde, em 1997, o que culminou na publicação do informe Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, estimulando uma reflexão sobre a responsabilidade do setor de saúde sobre o tema (MINAYO, 2004a).

O tema violência e saúde começou a ser pesquisado, no Brasil, na década de 1980, evidenciando seu impacto na saúde da população brasileira (LEAL e LOPES, 2005). A agenda do setor admitiu a discussão sobre a problemática frente a dois aspectos: o primeiro devido à ampliação da consciência do valor da vida e dos direitos dos cidadãos, e o segundo relacionado às mudanças nos perfis de morbimortalidade e as demandas de atenção pelas vítimas de agressão (MINAYO, 2007). O fenômeno em estudo não é objeto restrito e específico da área de saúde, contudo, está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade (MINAYO e SOUZA, 1999).

A violência se incorporou à agenda do setor saúde, nas últimas décadas do século XX, pautada pelo crescimento dos números de óbitos e de adoecimento por causas externas (PIMENTA JUNIOR, 2007). Ela propicia e perpetua doenças e

sofrimentos, além de colocar a vida efetivamente em risco, motivo pelo qual é um problema de saúde coletiva e também da assistência à saúde (SCHRAIBER et al., 2005).

A sua abordagem exige uma articulação inter-setorial, interdisciplinar e multiprofissional, com a participação do Estado e da sociedade civil organizada. Se ela é um fenômeno multicausal, as possibilidades de enfrentamento provêm dos diversos setores da sociedade. Existem múltiplas formas de atuação e o profissional de saúde deve perceber a necessidade de se envolver em ações referentes à promoção de saúde da população, inserindo questões pertinentes à violência nas discussões (PHEBO e MOURA, 2005).

No Ministério da Saúde, essa compreensão motivou a concepção da rede de prevenção de violência para o desenvolvimento de estratégias pactuadas de vigilância, prevenção e controle das violências e fatores de risco, apoiadas na realidade social, econômica e regional do país (MINAYO e SOUZA, 1999). Neste contexto, tem inserido a temática da prevenção da violência na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) e estimulado uma articulação intra-setorial, por meio da mobilização de sua organização interna, estados e municípios, instituições acadêmicas e organizações não governamentais (MALTA et al., 2007a). Essa nova forma de articulação requer a inclusão de instituições parceiras e atores que se mobilizem em torno de um tema que afeta de forma negativa o cotidiano da população, para o melhor reconhecimento de suas causas, assim como de suas soluções potenciais (MINAYO e SOUZA, 1998).

Entre as iniciativas do Ministério da Saúde, para o controle da violência, destacam-se a Política Nacional de Atenção às Urgências, publicada em 2003, que contempla a dimensão assistencial do plano de enfrentamento das causas externas, e o aprimoramento dos atendimentos pré, intra e pós-hospitalares para vítimas de violência; a Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada em 2006, que propõe como missões prioritárias a redução da morbimortalidade por lesões provocadas pelo trânsito, a prevenção da violência e o estímulo à cultura da paz; e a estruturação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com seus dois componentes: a notificação da violência contra mulheres, crianças, adolescentes e idosos e o levantamento do perfil da violência atendida nas urgências hospitalares em 39 municípios sentinelas distribuídos por todo o país (PIMENTA JUNIOR, 2007).

Além destas iniciativas, o Ministério da Saúde oficializou o documento chamado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Sistema Único de Saúde – PNRMAV/SUS, através da Portaria 737, de 15/05/2001, assumindo o tema como sua responsabilidade setorial (BRASIL, 2001b). Essa Política contempla a violência em suas várias formas de expressão: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Nela, o fenômeno é abordado como um problema de saúde pública a ser compartilhado com outros setores e com a definição de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (BRASIL, 2001b).

Os princípios básicos que norteiam a referida política são:

- 1- a saúde entendida como um direito humano fundamental e essencial ao desenvolvimento econômico e social;
- 2- o respeito e o direito à vida como valor ético da cultura e da saúde; e
- 3- a promoção da saúde como base para o desenvolvimento de todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e acidentes (BRASIL, 2001b, p.24).

O documento também define as seguintes diretrizes:

- 1- promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- 2- monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- 3- sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- 4- assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- 5- estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- 6- capacitação de recursos humanos;
- 7- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001b, p.25).

Após a publicação da referida política, diversas intervenções e atividades vêm sendo desenvolvidas, dentre as quais:

- 1- vigilância: monitoramento de acidentes e violências por meio da análise das bases de dados existentes, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). A análise dessas bases de dados tem servido ao monitoramento da morbimortalidade por acidentes e violências e à orientação de políticas públicas. Outra iniciativa em curso consiste na implantação do Sistema de

Informação Sentinela de Violência em municípios selecionados;

- 2- assistência: implantação da Política Nacional às Urgências, sendo seu principal componente a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- 3- pesquisa e avaliação: contribuição para o conhecimento da realidade local e o acompanhamento dos problemas existentes. As iniciativas em curso abordam tanto questões relativas à avaliação, quanto incentivo a pesquisas;
- 4- capacitação: de gestores e trabalhadores de saúde na análise de dados e vigilância das violências, cursos de especialização em vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (MALTA et al., 2007a).

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências tem por objetivo também servir de base para a orientação curricular ou para a educação permanente dos profissionais de saúde, pois afirma que as universidades devem participar na formação de profissionais, capacitando-os para o gerenciamento de situações de emergência e assistência às vítimas de acidentes e de violências, além do desenvolvimento de medidas preventivas (BRASIL, 2001b).

Em 2004, com o objetivo de implementar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências referente à promoção e adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, foi assinada a Portaria Ministerial 936, de 20 de maio de 2004, a qual define e estrutura o modelo da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, hoje formada por 58 núcleos em locais com taxas elevadas de morbimortalidade por causas externas. (MALTA et al., 2007a). Destes núcleos fazem parte instituições municipais, estaduais, acadêmicas e organizações não governamentais que trabalham com a temática (MINAYO, 2007).

A rede tem como objetivos:

- 1- promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, nacionais, regionais e locais;
- 2- implantar a troca de experiências de gestão e formulação de políticas públicas inter e intra-setoriais;
- 3- fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco;
- 4- trocar experiências sobre formas de participação da sociedade civil, organizações não governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão;
- 5- acompanhar o desenvolvimento das ações de prevenção da violência e promoção da saúde nas várias esferas de gestão (MALTA et al. 2007, p. 50-51a).

O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, promoveu, em setembro de 2005, o I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. No seminário, foi aprovada a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, o que reflete esforços recentes da área da saúde no enfrentamento dos acidentes e violências, em uma perspectiva dinâmica e de ampliação entre setores.

Para a efetiva implementação da referida agenda e a inserção do tema violência no contexto da saúde pública, além de sua institucionalização e sustentabilidade muitos são os desafios. Um dos primeiros consiste na criação de planos nacionais de prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, inclusive de prevenção da violência no nível local, articulado com as diferentes áreas e experiências existentes. Outro desafio consiste na ampliação da capacidade da vigilância de violências, seja pela melhoria das bases de dados, seja pela ampliação da capacidade de análise dos dados existentes. É apontada também a necessidade de definição de prioridades e apoio a pesquisas sobre as causas, conseqüências, custos e atividades de prevenção da violência (MALTA et al., 2007a).

Neste contexto, a implementação da vigilância da violência torna-se um importante instrumento para conhecer a distribuição, magnitude e tendência deste fenômeno, por meio de fontes primárias e secundárias de informações e do monitoramento dos fatores de risco e de proteção, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação de estratégias de prevenção e controle (MALTA et al., 2006).

A organização da assistência à saúde depara-se com desafios como a incorporação efetiva da prevenção da violência e construção da cultura da paz na atenção primária, o fortalecimento da resposta assistencial de saúde à vítima da violência em sua dimensão biopsicossocial, o atendimento às urgências e a articulação de parcerias na busca de respostas integradas (PIMENTA JUNIOR, 2007; MALTA et al., 2007b).

A multiplicidade dos fatores determinantes dos desafios apontados implica na definição de prioridades e no posicionamento, além do papel de contagem e tratamento das vítimas, bem como a formulação de intervenções diante dessa questão (PIMENTA JUNIOR, 2007).

A experiência de outros países mostra que o sucesso das intervenções de saúde pública, no que se refere aos fatores de risco e à redução da prevalência das doenças e agravos não transmissíveis, entre estes as causas externas, tem sido atribuído ao enfoque na vigilância de fatores comuns de risco e na promoção de modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida (BRASIL, 2004).

Torna-se imprescindível a mudança de direcionamento no enfrentamento deste fenômeno, entendendo a violência como um processo muito mais amplo que o ato violento e que necessita de todo o empenho de profissionais das mais diversas áreas para seu combate efetivo, visando à implementação da promoção da saúde.

Nesta perspectiva, a compreensão do processo gerador da violência torna-se um instrumento necessário para que o enfermeiro, em conjunto com outros profissionais, possa traçar ações efetivas de combate, e, conseqüentemente, atuar de maneira positiva na promoção da saúde dos indivíduos.

A função tradicional dos profissionais de saúde tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção da saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo (MINAYO e SOUZA, 1998).

As repercussões para a saúde se apresentam, principalmente, como adoecimentos, assim abordados no interior dos serviços de saúde. Isso gera uma situação que, ao mesmo tempo, acolhe um efeito e torna sua causa invisível, isto é, os profissionais da saúde, em especial os que fazem diagnósticos de doenças, terminam por esgotar sua intervenção nesse plano, ficando a violência sofrida encoberta. Por isso, há dores e sofrimentos que não são revelados, pois não possuem nomes de doenças ou não se enquadram nos diagnósticos tradicionais e, com isso, a resolução do problema é apenas aparente e a vítima tem reiteradas possibilidades de agravos e danos à sua saúde (SCHRAIBER et al., 2005).

Os indivíduos sobreviventes da violência representam uma demanda significativa para os serviços de emergência, e estes deveriam desenvolver ações não somente voltadas ao dano físico, mas intervenções integrais (LEAL e LOPES, 2005). As unidades de serviço, muito mais orientadas para as enfermidades de origem biomédica, são chamadas para atender as vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais, com o dever de equipar-se para isso (MINAYO, 2005).

Em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire visibilidade como na emergência, porque é para a maioria das vítimas de violência a porta de entrada no sistema público de saúde. Portanto, o atendimento de emergência é um importante indicador da violência que ocorre na sociedade, uma vez que é para lá que ocorrem ou são levadas suas vítimas em situações de trauma ou iminência de morte. Para muitas pessoas, é a única vez que estará, enquanto vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde (DESLANDES, 1999).

2.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A VIOLÊNCIA

O conceito de representação social se associa historicamente à concepção de Durkheim sobre as representações coletivas, entendidas como os primeiros sistemas de representação que o homem fez para si do mundo, e de si mesmo, constituindo categorias de pensamento através dos quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade (GOMES e MENDONÇA, 2002).

Moscovici começou a desenvolvê-la partindo das idéias de Durkheim, em 1960, como uma tentativa de superar os modelos funcionalistas da ciência positivista, inovando ao tratar do conceito de representação enquanto saber compartilhado, originado no âmbito dos grupos (DANTAS e CHAVES, 2007).

As abordagens de Durkheim e Moscovici, de acordo com Farr (1995), devem ser diferenciadas, visto que a primeira é mais apropriada para uma sociedade menos complexa, e a segunda é voltada para a sociedade moderna, caracterizada pela complexidade e rapidez de mudanças sócio-políticas, culturais e econômicas.

As representações sociais são um conjunto de conceitos, afirmações e explicações que se originam na vida diária durante os processos de comunicações interpessoais obtidas nas relações cotidianas (MOSCOVICI, 1978). Por se tratar de uma produção coletiva, portanto partilhada, se constrói através de comunicações, da linguagem, em suas diversas formas de expressão (Ibid., 2003). Elas se constituem segundo Gazzinelli et al. (2005), como um conjunto aberto e heterogêneo, continuamente refeito, ampliado e transformado durante as interações indivíduo-indivíduo e indivíduo/sociedade. Expressam visões de mundo, explicando e atribuindo sentido aos fenômenos dos quais se ocupam, uma vez que trabalham

com a compreensão das relações entre representações sociais e do mundo por parte dos agentes sociais (PORTO, 2006).

Como afirma Abric (1998, p. 22):

Uma representação social é um conjunto organizado e hierarquizado de julgamentos, atitudes e informações que um determinado grupo elabora a respeito de um objeto. As representações sociais são resultantes de um processo de apropriação da realidade, de reconstrução desta realidade em um sistema simbólico. Elas são interiorizadas pelos membros do grupo social e coletivamente engendradas e compartilhadas.

Ainda, para Moscovici (2003), a finalidade das representações sociais é transformar o não-familiar em familiar, e esta relação estabelecida pelo autor, diz respeito ao universo consensual no qual os grupos sociais se inscrevem. A dinâmica das representações é, portanto, uma dinâmica de familiarização, na qual os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas. Segundo esta teoria, as pessoas, por meio das representações sociais, procuram compreender o que parece estranho à sua compreensão, podendo ser um acontecimento, uma doença, um comportamento de alguém. Para o autor, a perspectiva individualista não era suficientemente capaz de responder as relações informais do cotidiano da vida humana, em nível mais especificamente social, pois deixava de captar a integração básica entre o indivíduo e a sociedade.

Em resumo, a teoria das representações sociais parte da diversidade dos indivíduos, das atitudes e dos fenômenos, considerando sua estranheza e imprevisibilidade, para tentar descobrir de que forma indivíduos e grupos podem construir um mundo estável e previsível nesse contexto (MOSCOVICI, 2003). Para o autor (1978, p. 26), a representação social é “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”.

As representações encontram-se em um referencial de pensamento preexistente, dependendo, portanto, de um sistema de crenças, valores e imagens. Refere-se ainda, ao universo de opiniões (de grupos, segmentos, classes sociais) e modela a realidade a partir do conhecimento já existente, criando significações e originando novos comportamentos (MOSCOVICI, 2003). Assim sendo, as representações são:

O conteúdo de pensamento cotidiano, e do conjunto de idéias que dá coerência às nossas crenças religiosas, idéias políticas e as conexões que criamos espontaneamente, assim como respiramos. Ele nos torna possível classificar pessoas e objetos, comparar e explicar comportamentos e objetivá-los como parte de nosso contexto social (MOSCOVICI, 1978, p. 214).

Portanto, aquilo que se pensa tem papel preponderante sobre aquilo que se faz, e tanto as representações definem as práticas como essas (re)constróem novas representações que operam como um sistema de interpretação da realidade, que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, determinando seus comportamentos e práticas sociais (ANCHIETA e GALINKIN, 2005). Elas apresentam quatro funções: compreender e explicar a realidade; definir e proteger a especificidade dos grupos; orientar as práticas e comportamentos dos sujeitos e justificar, a postiori, as práticas sociais. Da mesma forma como justificam e orientam as práticas dos sujeitos acerca de um fenômeno, e como são apropriadas pelas instâncias institucionais, podem justificar e orientar políticas públicas (ABRIC, 1998).

Para Spink (1995), as representações sociais possuem três dimensões: a primeira inclui o conhecimento do senso comum e não somente o formalizado; a segunda constitui formas de conhecimento prático que respondem a uma maneira de interpretar a realidade, e a terceira é que são construídas pelos sujeitos sociais, uma vez que são resultado das condições em que surgem e circulam. Embora possam ser contraditórias, ambíguas e imprecisas, Gazinelli et al., (2005) afirmam que podem se constituir em critérios de prevenção e controle de doenças e agravos gerados e reproduzidos entre a população.

Com base nessa perspectiva metodológica, a compreensão do fenômeno não ocorre apenas a partir dos enunciados das narrativas dos sujeitos, mas na medida em que se consegue ir para além das falas e das ações em geral, e servir de base para políticas e ações que contemplem os sujeitos para os quais estas são destinadas.

Um fator complicador para a compreensão da violência e de suas conseqüências é o fato de que ela não se reduz a um conjunto de práticas objetivas, mas também engloba representações pessoais: as percepções individuais e sociais da violência são elos cruciais na compreensão da gênese do fenômeno (WIEVIORKA, 1997). Este não se situa somente no plano das práticas objetivas,

mas também considera as percepções que sobre ele circulam e as representações que o descrevem (ALMEIDA, 2006).

Como assinala Michaud (1989), a designação de violência se reporta às normas, entendidas como conjunto de regras e esquemas de condutas, sustentadas como princípios para uma sociedade ou mesmo para um grupo. Assim, a não-observância ou a transgressão dessas normas tende a ser significada como violência, e da mesma forma que há uma enorme diversidade de normas, haverá, também, diversidade de violências possíveis.

Então, segundo Grundy e Weinstein (1976), citados por Galinkin (2006, p.67), “entender um ato violento depende do envolvimento e do contexto ideológico e social em que o ato é cometido e do lugar e da posição em que se encontram os atores envolvidos”.

A utilização das representações sociais, como possibilidade de compreensão do fenômeno da violência contemporânea, evidencia ser impossível definir o fenômeno sem se interrogar sobre os sentidos, valores e crenças que estruturam e comandam a vida social, além do papel das representações sociais na construção dos significados e na orientação de práticas sociais de violência. Reconhecer e explicar as representações sociais da violência, formuladas pela sociedade, é um recurso para avançar na apreensão da mesma (PORTO, 2006; ALMEIDA, 2006).

Ao considerar o fenômeno, a perspectiva centrada nas representações sociais permite captar os sentidos que os atores (agressores ou vítimas) atribuem às suas compreensões e às suas práticas, sem, contudo, menosprezar o sistema (ambiente, contexto, situação, estruturas), no qual, por esses atores as ações violentas são praticadas (PORTO, 2006).

Nessa dinâmica social, “as representações sociais atuam como guias de interpretação e organização da realidade, que possuem uma orientação prática e que permitem ao indivíduo se situar no mundo e o dominar (ALMEIDA, 2006, p.11).

Dessa maneira, essa interpretação, por ser partilhada socialmente, pode ser decisiva para se entender o porquê de determinadas condutas. Assim, se as representações sociais têm uma elaboração psicológica e social do real a partir de experiências, apreendê-las pode permitir a compreensão de como os sujeitos sociais apreendem os acontecimentos da vida corrente (CRUZ, 2006).

Nessa perspectiva teórica, o sentido da ação do indivíduo é dado, não apenas por sua representação do real, mas da representação que ele compartilha com os demais membros do grupo social a que pertence, por meio do complexo tecido das relações sociais (ALMEIDA, 2006).

Da mesma forma como justificam e orientam as práticas dos atores sociais acerca de um fenômeno, assim também, na medida em que são apropriadas pelas instâncias institucionais, as representações sociais podem justificar e orientar políticas públicas (PORTO, 2006).

Neste sentido, as representações sociais referem-se à maneira do indivíduo pensar e perceber o cotidiano, constituindo-se em um conjunto de imagens que permite ao mesmo interpretar e dar sentido à sua vida (MOSCOVICI, 2003). São constituídas por processos sociocognitivos e afetivos que se refletem nas interações sociais, uma vez que os comportamentos adotados por um grupo acometido por um dado fenômeno são resultantes do modo como eles a representam socialmente e do significado que este adquire em suas vidas (MONTEIRO, COUTINHO e ARAÚJO, 2007).

Acontece o mesmo com a ocorrência da violência, que faz parte do cotidiano social, recebendo significados diversos, os quais se pretendem identificar. A identificação das representações sociais pode ser uma forma de acesso às necessidades humanas e de saúde, contribuindo assim para a instrumentalização do campo de atuação da saúde (OLIVEIRA, 2005).

Diante da necessidade de estabelecer novas bases para o processo de cuidar em saúde, a compreensão das necessidades representadas pelos sujeitos individuais e coletivos e identificadas pelos profissionais nas instituições de saúde, pode ser acessada por intermédio das representações sociais. Verifica-se que a importância da teoria das representações sociais, na análise de fenômenos que permeiam o processo saúde-doença, está no fato de que estas possibilitam a compreensão do conhecimento espontâneo que conduz o pensamento social acerca destes fenômenos, neste estudo sobre a violência (OLIVEIRA, 2005).

A teoria das representações sociais pode ser considerada um instrumento valioso para a compreensão das concepções do senso comum sobre diferentes aspectos relacionados à saúde. Apesar de existirem outras abordagens para a investigação destas concepções, os estudos fundamentados nesta teoria podem dar

sua contribuição pela necessidade atual de entender o binômio saúde-doença para além da questão individual (TRINDADE, 1998).

Apoiar-se nas representações sociais implica, portanto, investigar o que pensam os indivíduos acerca de determinado fenômeno (a natureza ou o próprio conteúdo da representação, no caso da violência); por que pensam (que funções as representações assumem na dinâmica social) e como pensam (quais são os processos ou os mecanismos psicológicos e sociais que possibilitam a construção ou a gênese desse conteúdo) (ALMEIDA, 2006).

Assim, pode-se considerar a violência como prática social cuja mediação simbólica e representacional é constitutiva (Almeida, 2006), e nesse sentido justifica-se o estudo da violência a partir do aporte da Teoria das Representações Sociais. A partir deste referencial, busca-se compreender como a violência vem sendo elaborada e internalizada, no universo dos grupos sociais, expressando-se nas representações sociais dos fenômenos que os afetam, direta ou indiretamente (ALMEIDA, 2006).

Completa-se 30 anos em que se estuda o campo das representações sociais. Na primeira década, permaneceu praticamente ignorado, na segunda, passou a ser melhor incentivado por pesquisas realizadas com os mais variados objetos de representação. Finalmente, na terceira década, foi alvo de um apuramento em termos teórico-conceituais (JUNQUEIRA, 2003).

Estudos de representações sociais e violência foram desenvolvidos por Assis et al (2004); Almeida, Santos e Rossi (2006); Gomes e Fonseca (2005); Guimarães e Campos (2007); Monteiro, Cabral e Jodelet (1999); Anchieta e Galinkin (2005); Porto (2006); com enfoque prioritário sobre as representações de pais, cuidadores, professores, profissionais de saúde, policiais civis. Portanto, como estudos sobre representações sociais das próprias vítimas são praticamente inexistentes, as reflexões aqui inseridas pretendem contribuir para descobertas nesta temática.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativa descritivo que foi desenvolvido em duas etapas. O caráter descritivo, segundo Gil (1999), tem como objetivo reconhecer as características de um grupo, sua distribuição por idade, sexo, escolaridade, estado de saúde entre outros, além de ser utilizado para estudar as condições de vida, levantar opiniões, atitudes e crenças da população.

pesquisa quantitativa, para Costa (2006), tem como centro a objetividade, e é influenciada pelo positivismo, uma vez que considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros.

A etapa quantitativa foi retrospectiva e permitiu o levantamento do perfil das vítimas de agressão física.

A abordagem qualitativa apresenta a perspectiva na qual o mundo da experiência passa a ser envolvido com um mundo significativo, e o ser humano como imerso no círculo de significados que ele mesmo constrói na arte social. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, oferecendo uma perspectiva mais ampla ao tema em estudo (MINAYO, 2004b).

A etapa qualitativa foi fundamentada na Teoria das Representações Sociais, que subsidiou a apreensão do significado da violência na vida das vítimas. A escolha das representações sociais como referencial metodológico se justifica, por ser capaz de reconhecer as principais questões levantadas pelo sujeitos do estudo, e por se constituírem uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, cuja finalidade é a interpretação de uma realidade comum de um dado grupo social (MOSCOVICI, 2003).

A representação social como metodologia para pesquisa, deve ser entendida como um conteúdo mental estruturado, isto é, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico, sobre o fenômeno estudado (BRÊTAS e PEREIRA, 2006).

É importante considerar que as representações sociais, ao mesmo tempo em que expressam visões de mundo que objetivam explicar e dar sentido a dado fenômeno, participam da sua constituição, e embora resultem da experiência individual são condicionadas pela inserção social dos indivíduos e grupos de indivíduos que as produzem (PORTO, 1999). O saber é interiorizado e organizado, constituindo-se em um sistema dominante de pensamentos e relações que se incorporam ao saber dos grupos sociais aos quais os indivíduos pertencem (BRÊTAS e PEREIRA, 2006).

3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

O campo de investigação foi o Pronto Atendimento Municipal de Canoinhas – Santa Catarina, que é referência para atendimento de urgências e emergências. A unidade recebe pacientes encaminhados dos municípios vizinhos, além daqueles atendidos pelo SAMU, Corpo de Bombeiros e admitidos através da triagem, caracterizando o local como adequado para a realização do estudo, pois é neste espaço que a violência física torna-se explícita.

O município de Canoinhas, localiza-se no planalto norte de Santa Catarina, com divisa ao norte e ao oeste com o Estado do Paraná, ainda a oeste com os municípios de Bela Vista do Toldo e de Irineópolis, ao sul com os municípios de Timbó Grande, Santa Cecília e Major Vieira e a leste, ainda com os municípios de Major Vieira e Três Barras. Faz parte da microrregião do Contestado, com área de 1.172,7 km², tendo aproximadamente 25 km² de área urbana e 1.143 km² de área rural. A população é de 52.677 habitantes, dos quais 39.577 residem na área urbana e 13.100 na área rural; a população feminina é de 26.623 e a masculina é de 26.604 (IBGE, 2007). Segundo dados do IBGE (2000), o município encontra-se entre os 299 municípios brasileiros com população entre 50.001 a 100.000 habitantes, o que corresponde a 5,38% do total de municípios do Brasil.

No setor saúde encontra-se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, segundo a Norma Operacional Básica/96. A rede de atenção primária à saúde está estruturada com: Policlínica Municipal; Clínica da Mulher e da Criança; Centro de Epidemiologia; Centro de Especialidades Odontológicas; Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS); Farmácia Básica; Serviço Social; 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na área rural, 4 UBS, em distritos e 3 UBS, na área urbana; 2 Unidades de Saúde da Família (USF) e 2 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOINHAS, 2005).

Possui um Pronto Atendimento Municipal, que é referência para atendimento de urgências e emergências, localiza-se anexo ao Hospital Santa Cruz de Canoinhas, e conta com consultórios médicos, salas de procedimentos médicos e de enfermagem (sala para atendimento de emergência, pequenas cirurgias, suturas, inalações, drenagens de abscessos, gesso), leitos para observação (até 24 horas). As principais ações desenvolvidas são: recepção, acolhimento e triagem, consulta clínica, consulta especializada, consulta clínica com administração de medicação e observação por período inferior a 24 horas, consultas de enfermagem, preenchimento da ficha verde, procedimentos específicos conforme a natureza do quadro nas situações de urgências e emergências, encaminhamento para internamentos, serviços especializados e transferência inter-hospitalar (PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOINHAS, 2005).

Conta ainda com uma Unidade de Suporte Básico – USB (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU), anexo ao Pronto Atendimento Municipal, o qual atende os municípios de Canoinhas, Três Barras e Major Vieira. As solicitações ocorrem por telefone, são acolhidas, avaliadas e priorizadas pela Central de Regulação Médica de urgências que funciona 24 horas todos os dias. A cidade conta com 1 Hospital Geral, Hospital Santa Cruz de Canoinhas, com 130 leitos, sendo 98 destinados ao SUS. É uma instituição privada de caráter filantrópico, que dispõe das seguintes unidades: Unidade Intermediária (UI); Maternidade / Berçário; Centro Cirúrgico / Centro Obstétrico; Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Clínica Pediátrica; Serviço de Auxílio ao Diagnóstico e Tratamento (Raios X, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue); Central de Esterilização de Materiais e Serviço de Nutrição e Dietética (PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOINHAS, 2005).

3.3 UNIVERSO, AMOSTRA E SUJEITOS DO ESTUDO

O universo da pesquisa foi constituído por 128.719 fichas de atendimentos realizados no Pronto Atendimento Municipal nos anos de 2005, 2006 e 2007, incluídos os atendimentos de urgência e emergência, bem como atendimentos ambulatoriais e para realização de procedimentos técnicos. A escolha deste período se deve à disponibilidade das fichas de registro de atendimento de urgência, porque às dos anos anteriores encontravam-se em arquivo morto e sem possibilidade de acesso.

Para a etapa quantitativa, foi utilizada uma amostra de 113 fichas de registro de atendimentos de agressão física ocorridos no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007. Como critério de inclusão desta etapa utilizou-se a evidência da agressão física, com ou sem descrição da utilização de algum tipo de arma ou material, e a delimitação da faixa etária em igual ou superior a 18 anos.

Na etapa qualitativa foram estudados 16 sujeitos vítimas de agressão física, com idades compreendidas entre 20 e 73 anos, que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3). Por tratar-se de uma população homogênea quanto à vivência de agressão, considerou-se o índice de 10%, das 113 fichas de atendimento, representativo desta população, o que resultou na estimativa de aproximadamente 12 sujeitos para compor o grupo de estudo.

Os critérios de busca e inclusão utilizados nesta etapa foram idade igual ou superior a 18 anos, vítimas de agressão física atendidas no campo de investigação obedecendo ao percentual entre as áreas rural e urbana encontradas na etapa quantitativa. As entrevistas foram realizadas nos domicílios das vítimas de agressão física selecionadas para o estudo de acordo com os critérios já mencionados.

Utilizou-se a amostragem por saturação em que o pesquisador encerra a coleta de dados quando novas entrevistas passam a apresentar repetições em seu conteúdo, pois entende que novas falas produzem poucos conhecimentos novos, indicando a sua saturação (TURATO, 2003). O autor afirma que outros parâmetros podem ser utilizados para a interrupção da coleta de dados como: a avaliação de que os elementos colhidos são suficientes para o alcance dos objetivos propostos, a discussão com o orientador do estudo que serve como um juiz desta situação, e

ainda os colegas de atividades de pesquisa que podem apreciar esta etapa e dar seu aval acadêmico.

3.4 COLETA DE DADOS

Para o levantamento de dados quantitativos foi elaborado um roteiro (Apêndice 1), a partir da ficha de registro de atendimento existente (Anexo 2), com as seguintes informações a respeito dos sujeitos do estudo: caracterização da vítima (sexo, idade, residência) e caracterização da violência (natureza da lesão, descrição da lesão, local, data e horário da agressão, Classificação Internacional de Doenças-10ª Revisão (CID-10) e utilização de arma ou outro material).

Para agrupar os eventos mórbidos decorrentes de violência foi, utilizada a CID-10, na qual os agravos não letais são denominados, no capítulo XIX, como “lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas”, sob os códigos S00 a T98 (OMS, 1996), e estes selecionados para o preenchimento do roteiro.

A segunda etapa compreendeu a aproximação com os sujeitos da pesquisa mediante entrevistas semi-estruturadas (Apêndice 2), as quais foram realizadas nos meses de abril a julho de 2008, nos domicílios das vítimas de violência.

A entrevista semi-estruturada, segundo Costa (2006), é uma técnica adequada para obter informações sobre o que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem, desejam, pretendem fazer ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes. Para Richardson et al. (2008), visa-se obter do entrevistado o que ele considera relevante em determinado fenômeno, procurando as descrições para uma determinada situação em estudo. Ainda, para Turato (2003), é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, uma vez que facilita a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do entrevistado. Ela procura saber o que, como e por que algo ocorre, além de obter informações detalhadas que possam ser utilizadas em uma análise qualitativa. Nesta modalidade de entrevista, segundo Moreira (2002), não há um conjunto específico de questões, somente alguns guias de ordem geral, motivo pelo qual o investigador precisa questionar pontos que não

estavam programados, principalmente para esclarecer tópicos que não forem suficientemente abordados naturalmente na entrevista.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos referentes à primeira etapa do estudo, foram apresentados em tabelas e quadros e analisados descritivamente. Os dados qualitativos obtidos mediante transcrição das entrevistas, foram analisados segundo o método proposto por Bardin (1977), denominado de análise de conteúdo, que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, as quais visam obter, por procedimentos sistematizados de descrição do conteúdo, as mensagens indicadoras que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção.

O objetivo principal da análise de conteúdo é a manipulação de mensagens, que mostra os indicadores, possibilitando inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem (Ibid.). É composta por três etapas, Bardin (1977, p. 95-101), a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação.

A primeira etapa é descrita como a fase de organização, a qual pode utilizar vários procedimentos como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais para conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas em um plano de análise. Para tanto, foram realizadas leituras do material coletado, transcrição das respostas obtidas por meio de entrevista e recortes dos discursos dos sujeitos do estudo.

A segunda etapa da técnica da análise de conteúdo é aquela em que as informações são codificadas a partir dos registros, e tem por objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos. Deve apresentar exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade, para que seja considerada de boa qualidade (BARDIN , 1977).

A maioria dos procedimentos de análise de conteúdo organiza-se por meio do processo de categorização, considerada como uma operação de classificação de um conjunto por diferenciação e reagrupamento, a partir de critérios previamente

definidos. As categorias são classes, com unidades de registro sob um título genérico, que são agrupadas em razão das características comuns dessas unidades. A análise por categorias funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos (Ibid.).

A terceira fase cronológica da análise é o tratamento dos resultados obtidos e interpretados. Nessa fase, ocorreu a articulação das categorias obtidas nos discursos e o referencial metodológico das representações sociais.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado – UnC – *Campus* Universitário de Canoinhas (CAAE número 454/07- Anexo 1), e pela Secretaria Municipal de Saúde de Canoinhas.

Os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios, e convidados a participar voluntariamente. A inclusão deles somente ocorreu após a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), sendo respeitadas as questões éticas no que concerne ao anonimato dos participantes, a confiabilidade dos dados e a utilização dos resultados para fins científicos.

No que diz respeito ao anonimato, as entrevistas foram identificadas com a letra E, seguida do algarismo arábico em ordem crescente, segundo a ordem da realização das mesmas. Exemplificando: E1 correspondeu ao primeiro sujeito entrevistado, E2, ao segundo, e assim, sucessivamente até E16.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados e discutidos em dois momentos: o primeiro se refere à apresentação do perfil das vítimas de agressão física atendidas no campo de investigação e que sobreviveram à agressão e da caracterização das agressões, e o segundo se refere à análise das representações sociais das vítimas sobre a ocorrência da violência.

4.1 PERFIL DAS VÍTIMAS DE AGRESSÃO FÍSICA

A tabela abaixo mostra o perfil das vítimas de agressão física atendidas no PA de Canoinhas no período selecionado para a pesquisa.

TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE AGRESSÃO FÍSICA, CANOINHAS 2008

Características	Categoria	Frequência	%
Sexo	Feminino	32	28
	Masculino	81	72
Procedência	Urbana	89	79
	Rural	24	21
Faixa etária	18 a 19	11	9,73
	20 a 29	42	37,17
	30 a 39	27	23,90
	40 a 49	10	8,85
	50 a 59	12	10,62
	60 a 69	07	6,19
	70 a 79	01	0,88
	80 a 89	03	2,66

FONTE: O Autor (2008)

Das 113 vítimas de agressões, ocorridas no período selecionado para a pesquisa, 81 (72%), eram do sexo masculino. Esta predominância é encontrada também quando se analisa a proporção de internações por causas externas, segundo o sexo.

Em 2000, dados do Ministério da Saúde mostraram que 84,2% das vítimas de agressão que necessitaram de internação eram homens (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

Esses dados são similares aos encontrados em pesquisa realizada em 2004 em cinco capitais brasileiras, com o objetivo de analisar a magnitude das causas externas, que revelou que o sexo masculino foi também o mais afetado, pois apresentou as maiores proporções de hospitalizações por estas causas (SOUZA; ASSIS; MINAYO; PIRES, 2007). Pitanguy (2003) reitera análises que mostram que a violência varia quanto ao tipo de agressão sofrida: os homens adultos sofrem sobretudo violência física, enquanto que as mulheres adultas sofrem violência sexual.

No que se refere à faixa etária, os dados demonstram que do total de vítimas, 42 (37,17%) têm de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos, com 27 (23,90%) das vítimas. Na ampla faixa etária de 5 a 39 anos, as causas externas são o principal problema de vitimização que leva à morte (MINAYO, 2005).

Estudo realizado em 2003, em São Paulo, para determinar a incidência de trauma facial e lesões associadas também, constatou o sexo masculino como o mais atingido, com maior incidência na faixa etária dos 20 aos 39 anos, sendo a violência interpessoal a etiologia principal dos traumas (WULKAN; PARREIRA JUNIOR; BOTTER, 2005). A preponderância do sexo masculino e das faixas etárias de 15 a 29 anos como vítimas indicam que estes eventos se devem, sobretudo, a lesões por conflitos interpessoais (MINAYO, 2004a).

Em relação à procedência, 89 (79%) das vítimas era da zona urbana, fato corroborado pela literatura que apresenta que as taxas de morbidade e mortalidade por agressões concentram-se nas áreas urbanas (SOUZA; ASSIS; MINAYO; PIRES, 2007).

De acordo com os dados coletados, evidencia-se predomínio das taxas masculinas sobre as femininas e das faixas etárias mais jovens, residentes na área urbana. Os estudos de morbimortalidade por causas externas têm privilegiado as populações masculinas, especialmente as mais jovens (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006). Evidencia-se o predomínio das taxas masculinas sobre as femininas, e um deslocamento para as faixas etárias mais jovens (SOUZA; LIMA, 2006; GUIMARÃES et al., 2005).

No Brasil, o perfil das vítimas de violência é bem delineado: jovem, do sexo masculino, procedente das áreas periféricas das grandes metrópoles ou das áreas urbanas (PHEBO e MOURA, 2005). O sexo masculino é o mais atingido pela violência, o que revela que este é o grupo mais exposto aos problemas sociais, além da cultura ainda predominantemente machista, sobretudo nos locais menos desenvolvidos, em que o homem precisa “defender sua honra”, o que o torna mais vulnerável (GUIMARÃES et al., 2005). Os autores referem que se visualiza maior exposição à violência dos jovens, o que pode estar atrelado não só a desigualdades sociais, mas também à imaturidade e à ausência de projetos de vida bem definidos.

Os dados da literatura refletem o mesmo padrão da violência, ou seja, são os homens jovens que sofrem mais lesões e traumas, sejam eles fatais ou não (SOUZA; LIMA; VEIGA, 2005).

TABELA 3- CARACTERIZAÇÃO DO TIPO DE LESÃO, CANOINHAS 2008

Categoria	Frequência	
	N	%
Ferimentos corto contusos	70	62
Sem especificação	21	18
Traumatismo Crânio Encefálico	9	8
Ferimento por Arma de Fogo	8	7
Fratura	2	2
Ferimento por Arma Branca	1	1
Entorse	1	1
FAF + FAB	1	1
Total	113	100

FONTE: O Autor (2008)

O tipo de lesão prevalente foi o ferimento corto contuso responsável por 70 (62%) das lesões pesquisadas, ferimento presente nas agressões exercidas por meio de força física, comuns nos casos de violência interpessoal. Os atos violentos intencionais incluem, caracteristicamente, o uso da força que pode resultar no

aparecimento de lesões físicas graves e até de óbito (PHEBO e MOURA, 2005). Tais lesões correspondem às agressões por objetos contundentes, comuns nos casos de espancamentos (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

Quanto à localização da lesão, os registros em que não constam esta especificação merecem destaque (41%), o que dificulta uma análise mais profunda. Esse conjunto de informações imprecisas ou registros de pouca qualidade são responsáveis por vários problemas, como o subdimensionamento das demais lesões, e principalmente dificultam a tomada de decisão a partir de um perfil epidemiológico, pois perdem seu potencial analítico (SOUZA; ASSIS; MINAYO, PIRES, 2007). Para Guimarães et al. (2005), a ausência de dados necessários para o esclarecimento dos eventos violentos pode ocorrer devido à carência de formulários específicos ou pelo mau preenchimento destes.

O registro das fichas de atendimento de urgência, onde constam todas as informações referentes ao tipo da lesão, é responsabilidade do profissional que realiza o atendimento, o qual muitas vezes desconhece ou menospreza a importância deste ato, devido ao reducionismo com que o modelo biomédico aborda esta temática (MINAYO, 2004a).

Esta situação, para Souza (2002), tem efeitos sobre a qualidade da informação porque dificulta a visibilidade do fenômeno; minimiza o investimento necessário para enfrentar o problema; impede o planejamento das ações, como a adequação de equipamentos, pessoal e leitos para atendimento das vítimas e finalmente, dificulta a prevenção.

Quanto ao local da lesão, a cabeça, com 44 registros (39%), aparece como local mais prevalente. Análise das agressões ocorridas em 2000, em São Paulo, revelou que o segmento corpóreo mais atingido foi a cabeça (GAWRYSZEWSKI, KOIZUMI, MELLO-JORGE, 2004). A agressão é evidenciada por meio de lesões físicas envolvendo principalmente a cabeça, pescoço e extremidades, apresentadas como contusões, lacerações, traumatismos crânio-encefálico e fraturas (PHEBO; MOURA, 2005).

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DO TIPO DE LESÃO SEGUNDO O SEXO, CANOINHAS 2008

Tipo de agressão	Feminino		Masculino		Total
	N	%	N	%	
Ferimentos corto contusos	23	32,86	47	67,14	100%
Ferimento por arma de fogo – FAF	-	-	8	100,00	100%
Ferimento por arma branca – FAB	-	-	1	100,00	100%
FAF + FAB	-	-	1	100,00	100%
Traumatismo crânio encefálico – TCE	1	11,11	8	88,89	100%
Fratura	-	-	2	100,00	100%
Entorse	1	100,00	-	-	100%
Sem especificação do tipo de lesão	7	33,33	14	66,67	100%
Total	32		81		113

FONTE: O Autor (2008)

Com relação à distribuição do tipo de lesão segundo o sexo, destacam-se os ferimentos por arma de fogo e arma branca no sexo masculino, com 8 registros e 1 registro, respectivamente, e nenhum para o sexo feminino. Os dados são corroborados pela literatura que apresenta os homens como categoria mais exposta aos ferimentos com a utilização de armas (SOUZA; ASSIS; MINAYO; PIRES, 2007). Em uma análise sobre trauma facial, o mesmo resultado foi encontrado, uma vez que todos os casos de ferimentos por arma de fogo ocorreram em homens. Em se tratando da análise de mortalidade, a arma de fogo mata mais jovens do sexo masculino que qualquer doença ou outra causa externa (PHEBO e MOURA, 2005).

Como já observado em vários estudos (PERES, 2004; WAISELFISZ, 2004; PHEBO e MOURA, 2005; MINAYO, 2006), a arma de fogo é um instrumento importante para a ocorrência de violência, uma vez que tem grande poder fatal, é de fácil acesso, e é usada com muita frequência para intimidar ou para produzir lesão. Para Njaine e Reis (2005), apesar de existir no país uma lei de 1997 que transforma em crime o porte ilegal de armas de fogo, a indústria e o comércio de armas vem crescendo. O impacto da violência para Brasil (2006), do sofrimento, das seqüelas e

das mortes por arma de fogo tornou-se uma questão de saúde pública e de luta pelo direito à vida no país.

A respeito da utilização de arma branca, a literatura mostra que a maior incidência de violência envolvendo este instrumental encontra-se entre os homens, representados principalmente por adultos jovens (Guimarães et al., 2005), fato constatado também neste estudo, visto que, as agressões com a utilização deste instrumental ocorreram no sexo masculino com 2 registros de agressão e nenhum no sexo feminino.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DO TIPO DE ARMA UTILIZADO SEGUNDO O SEXO E PROCEDÊNCIA, CANOINHAS 2008

Tipo de arma	Masculino		Feminino		Total
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	
Arma de fogo	5	3	-	-	8
Arma branca	1	-	-	-	1
Arma de fogo + Arma branca	-	1	-	-	1
Outros Materiais	3	-	-	1	4
Não utilizado	55	13	25	6	99
Total	64	17	25	7	113

FONTE: O Autor (2008)

Ao analisar a distribuição do tipo de arma, segundo a procedência, destaca-se o predomínio da arma de fogo, com 5 registros na área urbana e 3 na área rural. Entretanto, o único registro da utilização de arma de fogo e arma branca concomitante, em uma mesma agressão, ocorreu na área rural. A arma de fogo pode se constituir em uma tentativa de se proteger contra a violência, ao mesmo tempo em que é o instrumento de reprodução da violência que pretende evitar (PERES, 2004).

A arma de fogo, para Leal e Lopes (2005), principalmente entre os jovens, tem função simbólica, pois representa masculinidade, capacidade de defesa e demonstração de coragem. Sobreviver à violência provocada por arma de fogo ou arma branca, segundo Oliveira (2001), pode ser considerado um “troféu”, pois o

indivíduo é “homem suficiente para correr o risco”, sua masculinidade é reforçada e estará pronto para outro enfrentamento.

É importante destacar, que em 99 das agressões, não foi utilizado nenhum tipo de arma, dado corroborado pela pesquisa realizada em 2004, em cinco capitais brasileiras, que evidenciou a predominância das agressões exercidas por meio de força física, sem a utilização de qualquer tipo de arma ou material e as agressões por arma de fogo, seguidas daquelas perpetradas por objeto cortante e penetrante (SOUZA; ASSIS; MINAYO; PIRES, 2007). A literatura utiliza o termo abuso físico como o uso da força física para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em indivíduos (BRASIL, 2001b).

A grande parte das mortes por agressões corpo a corpo, por armas brancas e armas de fogo ou por uso de outros objetos contundentes se devem, para Minayo (2006), à violência interpessoal, originada pela exacerbação das relações sociais entre os brasileiros.

4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AGRESSÃO FÍSICA

A análise do fenômeno em estudo foi realizada por meio das quatro dimensões do tema-objeto citado por Bardin (1977, p. 66-67): dimensão I – a origem do objeto/fenômeno, aqui denominada “motivos”; dimensão II – as implicações do objeto; dimensão III – a descrição do fenômeno; dimensão IV – o sentimento face ao objeto. Percebe-se que essas dimensões, quando alteradas em sua seqüência, transmitem a noção de processo: descrição do fenômeno (agressão física), origem do fenômeno (motivos da agressão física) e suas implicações para as vítimas.

Ao analisar as entrevistas percebeu-se que os sujeitos da pesquisa descreveram e explicaram a agressão física de modo semelhante. Eles não definiram a agressão, mas de suas falas foi possível apreender 3 subcategorias

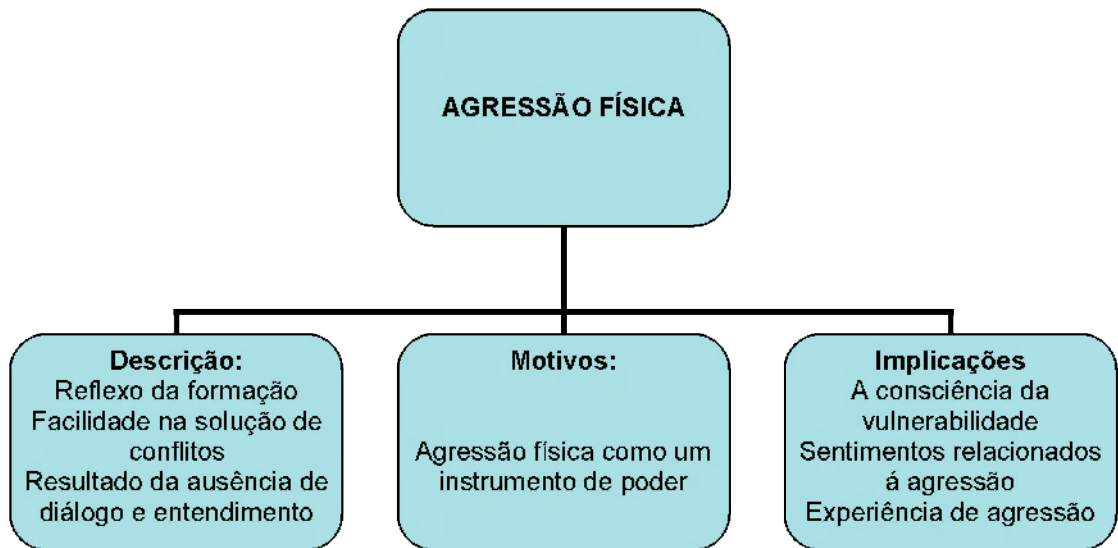


FIGURA 3 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AGRESSÃO FÍSICA SEGUNDO AS VÍTIMAS, CANOINHAS, 2008

FONTE: O Autor (2008)

Ao analisar as entrevistas percebeu-se que os sujeitos da pesquisa descreveram e explicaram a agressão física de modo semelhante. Eles não definiram a agressão, mas de suas falas foi possível apreender 3 subcategorias que descrevem o fenômeno em estudo como: 'Resultado da ausência de diálogo e entendimento; Facilidade na solução de conflitos e Reflexo da formação'.

Quanto aos motivos para a ocorrência da agressão física, foi possível apreender uma categoria: 'a violência como um instrumento de poder',

Quando questionados a respeito do que a violência representou em suas vidas, emergiu o tema implicações da agressão física da violência, tendo como subcategorias: 'a consciência da vulnerabilidade; a ebulição de sentimentos e a experiência de agressão'.

Em seguida, passa-se a discorrer sobre os resultados encontrados nos discursos dos participantes da pesquisa, conforme os temas emergentes e as categorias explicativas.

4.2.1 A descrição da agressão física

A descrição da agressão física foi feita pelos sujeitos do estudo de três maneiras diferentes, as quais têm relação com a falta de calma e diálogo para resolver conflitos, a facilidade que a agressão propicia na resolução de divergências e que ela resulta de aspectos ligados à formação dos sujeitos envolvidos.

Os sujeitos descrevem os episódios violentos e o envolvimento de vizinhos, colegas, familiares, desconhecidos, policiais, companheiros, empregados, como os responsáveis pela agressão. Na literatura, encontra-se o termo violência comunitária como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos, e considera-se suas diferentes formas de expressão como a violência juvenil, estupros, ataques sexuais e as agressões físicas (MINAYO, 2005), foco deste estudo.

Os depoimentos, a seguir, ilustram esta categoria:

[...] um ato de covardia, da pessoa não chegar a um comum acordo como duas pessoas adultas, num termo que podia ser resolvido de várias formas [...] (E8) [sic].
[...] significa duas pessoas não se entenderem e vir uma a agredir a outra, tanto física como verbal [...] (E6) [sic].
[...] antigamente não existia este tipo de coisa, sempre tinha amizade um vizinho com outro [...] acho muito ruim uma pessoa agredir a outra (E7) [sic].

Para Michaud (1989), a violência é um fenômeno que ocorre nas interações sociais quando um ou mais atores agem de maneira direta ou indireta, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, tanto em sua integridade física, como moral, patrimonial e cultural.

Os entrevistados referem que há tanto problemas de relacionamento quanto alterações de comportamento para a descrição da violência, aspecto corroborado por Souza; Lima; Veiga (2005) ao afirmar que atualmente constata-se mudanças nas formas de relacionamento, nos valores, sobretudo referente ao valor da vida humana, e na percepção de mundo, o que exige uma reflexão sobre os sentidos deste fenômeno.

Outro aspecto citado é a falta de diálogo, evidenciando a legitimação do uso da agressão física como forma de resolução de conflitos de interesse, seja entre pessoas ou entre grupos, o que pode levar ao que se chama de banalização da

violência. Esse meio torna-se fácil, banal, comum, e dificilmente é abandonado (GUIMARÃES e CAMPOS, 2007).

Acredita-se que o ciclo da violência contribui para o aprendizado de que essa é a única forma de resolução de conflitos (ALGERI e SOUZA, 2006).

[...] maneira de tentar resolver as coisas pelo jeito mais fácil, quer dizer que parece mais fácil, tipo assim, você não quer conversar, tentar chegar num acordo entre as partes e acha que com soco e discussão tudo vai se resolver [...] (E13) [sic].

[...] falta de diálogo e já parte para a agressão [...] (E9) [sic].

[...] ele já veio me agredindo, sabe, foi totalmente inesperado, não teve conversa [...] eu falei pra ele ainda calma, vamos conversar, aí ele se negou, disse que não tinha nada para conversar comigo e que tinha uma coisa pra mim no carro [...] aí sim que ele veio com uma barra de ferro de quase 2 metros e veio direto assim [...] (E3) [sic].

Fica evidente, nas falas dos sujeitos E13 e E3, que eles representam a agressão física como uma forma de lidar com conflitos, e como afirma Monteiro; Cabral e Jodelet (1999), as pessoas têm dificuldade em lidar com um mínimo de conflito social, e reagem agressivamente, evitando o diálogo entre seus pares, precipitando a agressão física como forma de resolver suas divergências ou diferenças.

É preciso lembrar que o conflito sempre existiu nas relações entre casais, entre pais e filhos, entre vizinhos, entre chefes e subordinados, por exemplo. Ele não é mau, pois faz parte das relações sociais, entretanto, quando é transformado em intransigência, pode causar maus tratos e a morte (MINAYO, 2006). Para a autora o problema está na incapacidade de resolver os conflitos por meio da conversa, de explicitação civilizada dos pontos de vista diferentes, da compreensão das razões de cada uma das partes, buscando, pela negociação uma saída pacífica.

Violência é quando as pessoas não conseguem resolver os problemas conversando, daí partem para a briga, para discussão [...] (E11) [sic].

[...] quando as pessoas não conseguem chegar a um acordo de forma civilizada partem pra outro tipo de solução que é a violência, que na verdade não resolve a situação, acaba criando mais um problema [...] (E 12) [sic].

As falas dos sujeitos E11 e E12 demonstram a ausência de busca de alternativas, que não a agressão para a resolução de conflitos, resultado semelhante ao encontrado por Gomes e Fonseca (2005), em estudo sobre as dimensões da violência apreendidas no discurso de professoras e cuidadoras de crianças e

adolescentes. Estes dados são corroborados pelo estudo que procurou relacionar a violência, etnia e cor, e encontrou predisposição dos indivíduos para sua utilização como solução de conflitos (NORONHA et al., 1999). Os dados revelam que uma representação social da utilização da agressão física como resolução de conflitos e resposta às divergências foi elaborada pelas vítimas, e esta também foi encontrada em outros estudos, o que pode indicar uma direção para a formulação de políticas de vigilância e controle do fenômeno.

Outra categoria, encontrada nos discursos dos sujeitos entrevistados, foi a descrição da violência como reflexo da formação. Neste sentido, foi apontado que a agressão física tem sua origem no processo de educação do indivíduo, como é observado nos depoimentos a seguir:

*A violência hoje em dia vem pela formação do indivíduo, desde a raiz da família, então no momento que os pais mostram o caminho correto para essa pessoa ela vai ter uma formação boa, se não acontecer este fato é lógico que ela vai se desvirtuar, vai procurar outros caminhos, e a má conduta é a principal coisa pra violência (E5 [sic]).
[...] estes tipos de elementos, que andam pelas ruas, drogado, fumante [...] sem trabalho ou ocupação [...] sem uma orientação na vida [...] tudo perdido (E2 [sic]).*

É reproduzida no discurso do sujeito E5, a importância das relações familiares para a prevenção da violência, quando os pais ou responsáveis mantêm um relacionamento familiar adequado e transmitem valores essenciais aos filhos. A qualidade do convívio existente entre pais e filhos, para Phebo e Moura (2005), pode ser determinante, tanto no envolvimento quanto no aparecimento dos desfechos decorrentes da violência. Os autores afirmam que aquelas famílias que não valorizam as diferenças e não promovem o diálogo, podem ensinar a seus membros a resolver seus conflitos com violência.

A falta de afeição, a auto-imagem deteriorada, a dificuldade de relações familiares e a orientação voltada para a violência são consideradas variáveis centrais na discussão de comportamentos de risco, e há, segundo Assis et al. (2004), a influência da convivência familiar sobre o crescimento e desenvolvimento de seus membros como elo fundamental para a formação do indivíduo com auto-estima, competência social e capacidade de estabelecer relações interpessoais positivas.

4.2.2 Os motivos para a ocorrência da agressão física

Quando solicitados a falar das motivações para a ocorrência da agressão física, percebe-se uma tendência dos sujeitos entrevistados a explicá-las como a utilização do poder, seja este exercido por familiares, vizinhos, e até mesmo agentes responsáveis pela defesa e proteção dos cidadãos como os policiais. Em estudo realizado por Schraiber; Gomes; Couto (2005), as categorias mais referidas em termos de agressores, também foram amigos, estranhos e policiais. É importante destacar que, no conceito de violência apresentado no Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde, da OMS (2002, p.5), a utilização do poder é explicitada como:

[...] uso intencional da força física ou do **poder**, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação. [grifo nosso].

Essa forma de ver os atos violentos está de acordo ou vai ao encontro do explicitado pelos sujeitos deste estudo.

O ato violento, para Guimarães e Campos (2007), é a expressão da imposição das necessidades, expectativas e vontades de um ator social sobre as de outro, e apontam que diversos autores reconhecem a violência como a expressão de conflitos em uma dinâmica de poder. A relação de poder exercida pelos agressores foi evidenciada pelas falas a seguir:

[...] quem pratica este tipo de coisa não quer nem saber do direito das outras pessoas, chega e vai surrando [...] (E16) [sic].
[...] mas vai falar, não tem como, não aceita, não tem como você conversar, ele age assim, ele não aceita [...] e chegou a me machucar, me machucou [...] (E6) [sic].

A dominação esteve presente nas falas dos sujeitos E16 e E6, demonstrando, de acordo com Chauí (1984), que ao transformar a diferença em assimetria, com intuito de dominação, exploração ou opressão, ocorre o assujeitamento do outro.

Constata-se também uma representação da agressão física mais ligada às microrrelações de poder e aos conflitos interpessoais, apresentando uma visão socialmente mais ampla do fenômeno como as agressões que ocorrem entre

conhecidos e estranhos, cujos determinantes são macro e microsociais (GUIMARÃES e CAMPOS, 2007; NORONHA et al., 1999).

[...] sempre acontece assim, uma pessoa ou até mais de uma querendo se aproveitar de outro mais fraco, às vezes até homem se aproveitar de mulher, adulto que surra ou se aproveita de criança pequena [...] (E16).

[...] não dá pra conversar com ele, então a gente deixa [...] a gente reclamava e ele agredia com palavrão né e naquele dia ele passou do palavrão, daí ele fez coisa pior (E7).

A violência é um meio e um instrumento para a conquista de poder, Arendt (1994), porém, não a confunde com o poder, pois só existe violência quando há uma incapacidade de argumentação e de convencimento de quem o detém.

Por sua vez, as relações sociais são permeadas por relações de poder que se instalam nas relações de classe, gênero, etnia e cultura, e nessas relações as assimetrias de poder constituem-se fonte permanente de tensão e conflitos sociais e interpessoais (ALMEIDA, 2006). Diante dessas assimetrias, os atos violentos podem se impor como resolução de conflitos e originar danos, e conforme Algeri e Souza (2006), eles ocorrem por uso da força, coerção e dano, em relação ao outro, presentes nas relações de poder.

Diante dessas assimetrias, os atos violentos podem se impor como resolução de conflitos e originar danos, o que já foi evidenciado quando discutida a descrição da violência, em que os sujeitos se utilizaram da categoria facilidade na solução de conflito para representar o fenômeno.

Estes danos podem ser causados pela força física, como foi demonstrado nos resultados referentes ao tipo de lesão, em que os ferimentos sem a utilização de armas ou materiais foi prevalente, evidenciando, segundo Restrepo (1998), que as mãos servem tanto para acariciar como para agarrar. Estas são duas facetas extremas da possibilidade do encontro inter-humano.

[...] para eles, tipo assim, quem manda são eles [...] acham que podem tudo, que mandam em todo mundo, e o jeito de tirar satisfação é assim mesmo com agressão [...] (E16) [sic].

Para Aranha e Martins (2005), o poder, a força e a autoridade transformam-se em violência quando extrapolam seus limites e se configuram como abusivos, contrariando os interesses de uma das partes envolvidas. A agressão cometida por agentes responsáveis pela segurança dos indivíduos, como os policiais, leva a

população a construir uma imagem negativa destes profissionais, além de sentimentos de descrença e medo com respeito às suas ações (CARDIA, citado por ANCHIETA; GALINKIN, 2005).

Quando falam de suas experiências, observa-se como o abuso de autoridade está presente:

[...] o pior é que até PM (policia militar) faz isso [...] eles não perguntam nada, já vem com chute, soco e humilhação, aí você precisa ficar na tua pra não apanhar muito [...] (E10) *[sic]*.
[...] tentativa de demonstração de força, de poder, de querer mostrar quem manda [...] (E13) *[sic]*.
[...] abuso de autoridade, porque no caso os policiais não precisavam agir daquele jeito, poderiam ter conversado (E13) *[sic]*.

Os sujeitos E10 e E13 identificam o abuso de autoridade em seus discursos e para Novo (2006), ele é percebido como uma distorção da ação policial individual e não como consequência de uma política social. Entretanto, para Monteiro; Cabral; Jodelet (1999), resultados de uma pesquisa revelam que as representações sociais da violência física estão associadas indiretamente à ausência de proteção do Estado, a um fenômeno que causa sofrimento a todos os indivíduos e em todos os segmentos da sociedade.

Para Minayo (2006), a violência é um fato humano e social, que consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros indivíduos. Existem sociedades mais violentas que outras, o que evidencia o reflexo da cultura na forma de solução de conflitos.

Da mesma forma, Aranha e Martins (2005) afirmam que a paz é um tipo de ordenamento social em que os conflitos são resolvidos pela discussão e pelo diálogo, sem o recurso da violência. As autoras destacam comportamentos que ajudam a manter a paz, como: respeito pelos direitos humanos, comunicação participativa, tolerância e solidariedade, repúdio ao racismo e a qualquer forma de discriminação.

4.2.3 As implicações da agressão física para as vítimas

A subcategoria consciência da vulnerabilidade, como implicações da agressão física, foi apreendida no discurso das vítimas. Portanto, na estrutura do pensamento popular existe a certeza de que ela é parte e resultante das relações e da vida social (MINAYO, 2005).

Na sociedade são atingidos níveis insuportáveis de desigualdade, de preconceitos e de exclusão, com a conseqüente geração de violência (MENDONÇA; INOJOSA; COSTA, 2007). A sociedade humana construiu uma desigualdade interna estrutural, que é fonte de conflitos e de violência (INOJOSA, 2006).

Para Algeri e Souza (2006), o meio familiar, o ambiente comunitário, as relações sociais na escola, as condições econômicas e sociais dos sujeitos os tornam mais vulneráveis a sofrer ou provocar abuso. Portanto, para Minayo e Souza (1998), a violência não é praticada apenas contra indivíduos, mas também contra grupos, gêneros, etnias e até nações, caracterizando-se não somente como um fenômeno contemporâneo, como também presente na história da constituição da humanidade.

Para Minayo (2005), as diferentes formas de violência se articulam criando uma expressão cultural naturalizada nas relações e nos comportamentos, atitudes e práticas, motivo pelo qual não se conhece nenhuma sociedade totalmente isenta de violência (MINAYO, 2006).

Esta afirmativa pode ser evidenciada nas falas a seguir:

[...] pensei que nunca ia acontecer pra mim, eu não faço mal para ninguém, então a coisa que eu achei que não ia acontecer comigo e me aconteceu (E2) [sic].

[...] tenho a minha consciência tranqüila [...] não fiz nada pra merecer o que mereci (E3) [sic].

[...] o que está acontecendo? [...] o porquê disso comigo, eu não fiz nada [...] (E5) [sic].

[...] eu tive uma boa intenção, eu não fui praticar um assalto, eu não estava armado nem com um canivete, eu não fui pra isso, eu fui pra conversar, pra me entender, não para mim, mas para uma pessoa próxima [...] (E3) [sic].

Para Kristensen et al. (2003), a vida tem se caracterizado por perigo e ameaça de agressão inter e intra-específica, um mundo brutal e imprevisível no qual os seres humanos estão expostos. São essas experiências que vão direcionar os

organismos para interpretar as informações ambientais como potencialmente ameaçadoras e se comportar de forma mais ou menos agressiva.

A vida para Mendonça; Inojosa e Costa (2007) é uma teia sustentada nas relações entre indivíduos e grupos, e as rupturas em pontos dessa teia fragilizam todas as relações. Essas rupturas da teia são expressas nas agressões e nas mortes, ruptura total das conexões que mantêm a vida.

É o caráter eminentemente humano da violência que organiza as condições sociais com que se manifesta, e por serem humanas, suas expressões incluem significado e intencionalidade (MINAYO, 2005), como fica evidente nos relatos a seguir:

[...] ninguém escapa dela [...] quando os caras vem para isso ninguém escapa dela (E4) [sic].

[...] surgiu aquele tumulto ali que eu nem vi [...] no momento que eu ia passando a pedra desviou do rapaz e pegou em mim [...] (E5) [sic].

[...] eu entrei sem saber, se não fosse eu podia ser qualquer outra pessoa, eu só estava no lugar errado na hora errada do lado da pessoa errada (E8) [sic].

[...] acho que quando a pessoa não deve não precisa temer, mas com esses caras não é bem assim, eu não devia, mas tive muito medo do que podia acontecer naquele dia (E16) [sic].

[...] por alguns segundos de ignorância uma pessoa poderia ter prejudicado a vida de uma família inteira [...] (E8) [sic].

A organização do discurso em torno dos episódios de agressão física indica que estes se encontram incorporados ao cotidiano, fazendo parte da realidade dos entrevistados.

Em síntese, encontrou-se uma representação social de que a convivência com a agressão física é inevitável na vida contemporânea na sociedade atual (NOVO, 2006), e é vista como algo comum, sendo muitas vezes esperada, fazendo parte de uma norma social (GUIMARÃES e CAMPOS, 2007).

Para Schraiber; D'Oliveira; Couto (2006), os estudos científicos recentes sobre a temática agressão e saúde, preocupam-se em responder ao senso comum que aponta este fenômeno como invisível, naturalizado e inevitável, tendo em vista sua alta magnitude e da assistência a seus múltiplos agravos à saúde. Nesta perspectiva, Minayo e Souza (1999) afirmam que os estudiosos sobre o tema lhe conferem um caráter de permanência em todas as sociedades, podendo ser considerada uma resultante das interações sociais.

Outra subcategoria apreendida da fala dos sujeitos foi a ebulição de sentimentos como medo, susto, constrangimento, raiva, vergonha, decepção,

humilhação, estando presente na maioria absoluta dos discursos, em graus diversos de intensidade e freqüência. Para Pereira (2000), pode haver raiva, revolta, mágoa, irritação, que nem sempre se manifestará explicitamente para aquele que provocou tal sentimento, e aparecer de forma difusa e em um momento diferente daquele em que ocorreu o evento violento. Esses sentimentos fazem parte da estrutura das representações sociais das vítimas, dos agressores, além de expressarem atitudes que encontram para se proteger, defender ou reagir a este fenômeno psicossocial (MONTEIRO, CABRAL, JODELET, 1999).

A expressão de sentimentos negativos são adequáveis à função do saber, como uma forma de conhecimento que permite compreender e explicar a realidade por meio das vivências e das relações sociais (MOSCOVICI, 1978).

A decepção foi evidenciada nas falas dos sujeitos, principalmente nas ocorrências envolvendo familiares ou pessoas conhecidas:

[...] uma decepção muito grande [...] porque não foi um assaltante, foi uma pessoa dentro da família que você convive, foi o padrinho do meu filho [...] laços de família foram totalmente desestruturados (E3) *[sic]*.
 [...] a confiança que a gente perde, não tem mais confiança [...] nunca mais fomos amigas, amiga que nem essa é melhor um cachorro (E9) *[sic]*.

O medo e o susto foram observados no depoimento das vítimas, presentes sobretudo em agressões realizadas por desconhecidos como E2 e E3 corroborando com Novo (2006), pois o sentimento de medo é fruto da impotência e incapacidade de agir no momento da agressão.

[...] foi um susto grande pra mim [...] e me pularam em bastante, assim fosse talvez um ou dois a gente podia se virar, mas eram bastante (E2) *[sic]*.

[...] um susto, porque como eu não esperava eu não tive reação [...] e até um medo, não posso dizer que não porque ali ele podia ter me matado pela violência que ele veio (E3) *[sic]*.

O medo é apenas uma das manifestações da vivência da violência, pois o problema não se reduz às lesões físicas, e alcança níveis incomensuráveis quando se pensa nas relações e conexões criadas como efeito-causa e causa-efeito (MINAYO e SOUZA, 1998).

A humilhação foi observada nas falas dos sujeitos, em especial nas vítimas do sexo masculino como E1 e E3.

[...] eu como homem me senti humilhado de ser agredido por uma mulher [...] fosse homem era diferente, mas mulher você sabe que tem a Lei Maria da Penha, se bate na mulher você vai pra cadeia (E1) [sic].
[...] foi muito maior que agressão verbal [...] é uma humilhação [...] na verdade ele poderia ter me matado (E3) [sic].

Para estes sujeitos, mais que as lesões físicas, a humilhação em ser vítima de uma agressão gerou um impacto maior, o que pode estar relacionado à necessidade masculina de elementos associados à honra, autoridade e poder (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Chama atenção também o reconhecimento da Lei Maria da Penha, como uma tentativa de enfrentamento da utilização do recurso da violência pelos homens, principalmente na esfera privada, discordando da habitual permissividade social para a violência dos homens contra as mulheres, o que pode influenciar comportamentos e impedir reações.

A vergonha e a raiva foram observadas principalmente nas falas das vítimas do sexo feminino como E9, E7e E11:

[...] senti muita raiva e vergonha, porque quem passou por mentirosa fui eu [...] depois também os comentários que ficam falando da gente (E9) [sic].
[...] senti muita raiva porque nunca tinha acontecido [...] senti vergonha do que ele falou, coisa assim que nunca nem passou pela cabeça da gente [...] e a gente tem família, é avó então ficou muito chato (E7) [sic].
[...] senti muita raiva por apanhar sem merecer, eu não fiz nada de errado com ela [...] (E11) [sic].

Outro sentimento presente nos relatos dos sujeitos foi o constrangimento:

[...] fiquei com vergonha das pessoas que estavam passando ali e viram aquela confusão [...] me senti muito mal, parecia que todo mundo estava me olhando de um jeito estranho, como se eu fosse o culpado de tudo que aconteceu [...] (E12) [sic].

O próprio termo violência traz a concepção de constrangimento exercido sobre uma pessoa, tanto físico ou moral, como o relato do sujeito E12.

Com origem latina, o vocábulo violência vem da palavra vis que quer dizer força e refere-se à noção de contrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro, e quando são analisados os eventos violentos, descobrem-se conflitos de autoridade, lutas pelo poder e a vontade de domínio sobre o outro (MINAYO, 2005).

A partir do relato dos sentimentos vivenciados pelos sujeitos, concorda-se com Minayo e Souza (1998), ao afirmarem que os processos violentos inibem, modificam e enfraquecem tanto a qualidade como a capacidade de vida.

Os sujeitos entrevistados também apontaram que as implicações da agressão podem permanecer por algum tempo em suas memórias, pois constituem vivências carregadas de emoções:

[...] não fiquei com seqüelas assim no meu corpo [...] mas ficou espiritualmente dentro de mim porque sempre eu me lembro [...] não sai tão fácil da gente, é uma marca que vai ficar pra sempre (E5) [sic].

[...] serve também de alerta, através do que aconteceu comigo eu posso passar pra outras pessoas para que não aconteça o mesmo (E5) [sic].

Foram destacados também os reflexos da violência sobre a vítima e também sobre seus familiares, conforme ilustra o discurso abaixo:

[...] muita preocupação com o que poderia acontecer dali para frente, se poderia prejudicar meu emprego [...] fiquei preocupado com a minha filha, com a minha esposa, como eu ia chegar em casa e falar acabaram de partir minha cabeça eu tô indo para o hospital (E8) [sic].

[...] coitada da minha mãe que sofreu tudo quietinha no canto dela [...] que maldade nós fazer a velhinha sofrer desse jeito, pois claro que ela se preocupou com nós [...] (E14) [sic].

[...] nossa maior preocupação é o ambiente familiar que eles vivem hoje, com um homem que é capaz de qualquer coisa [...] acabou, a família acabou (E3) [sic].

Constatou-se também que os sujeitos foram unânimes em relatar que a experiência de agressão havia sido a primeira em suas vidas, ao mesmo tempo, fica claro conforme discutido acima a questão de sentirem-se vulneráveis ao fenômeno:

[...] essa foi a primeira vez [...] graças a Deus nunca fui agredido por ninguém (E2) [sic].

[...] não, a gente nunca encrencou com ninguém, sempre teve amizade com todas as pessoas que moravam em volta da gente [...] (E7) [sic].

[...] não, de nenhuma maneira que eu me lembre [...] espero que seja a última também. que não aconteça comigo e com ninguém se possível, mas não depende da gente (E8) [sic].

Destaca-se também, que a agressão cometida pelos pais não é reconhecida como uma vivência de violência, pois afirmam que o primeiro episódio foi aquele referente à pesquisa, mesmo lembrando que, quando crianças, haviam apanhado.

[...] primeira vez, só apanhava do pai de criança, fazia arte e apanhava (E9) [sic].

Segundo Schraiber et al., (2005), isto se deve às imagens remanescentes da cultura que entendeu os castigos ou punições corporais como recursos de socialização e práticas educativas, e não como violência. Essas características são próprias do patriarcado, uma ideologia ou cultura de violência estrutural que legitima

a força e o poder como modo natural de convivência, tendo como exemplo evidente a palmada pedagógica como instrumento de educação, que os pais se atribuem o direito de usar com seus filhos (DINIZ; PONDAAG, 2006).

Os resultados apresentados acima reforçam a necessidade explicitada por Minayo (2005), da utilização não só de modelos epidemiológicos, mas da inclusão da compreensão dos fatores e contextos específicos na abordagem dos atos violentos. Para a autora não basta quantificar os mortos, os feridos, as vítimas e os agressores, pois estes fazem parte de uma realidade histórica e cultural, e possuem razões ou motivações para a ocorrência do fenômeno. Entender a sua magnitude e seus sentidos é pré-requisito para a formulação de programas de promoção e de prevenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a violência física está presente de forma similar nos municípios, corroborando os achados da literatura que a indicam como um fenômeno contemporâneo, fazendo parte da infrapolítica da sociedade brasileira. Observou-se, na construção do perfil das vítimas de violência física no município de Canoinhas, a tendência nacional, com predominância do sexo masculino, entre as faixas etárias mais jovens, residentes na área urbana, sendo vitimados por meio da agressão interpessoal, e com a utilização de arma de fogo e arma branca.

Foi possível, a partir da análise dos dados, reconhecer a ocorrência e o perfil das vítimas sobreviventes de agressão física no município que segue a tendência apontada na literatura, com predominância do sexo masculino - 81 (72%), entre adultos jovens - 42 (37,17%) têm de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos, com 27 (23,90%), vitimados com a utilização de força física - 70 (62%), seguido de ferimentos por arma de fogo e arma branca.

Destaca-se que devido ao instrumento de coleta de dados, da fase quantitativa da pesquisa, ter sido elaborado a partir da ficha de atendimentos de urgências utilizado no cenário do estudo, não foi possível o levantamento de outras variáveis importantes para uma análise mais aprofundada a respeito das características dos sujeitos. Portanto, a pesquisa aponta a necessidade de melhorias ou de padronização dos formulários de registro do atendimento às vítimas de violência física, com o intuito de possibilitar um mecanismo de vigilância e acompanhamento da ocorrência do fenômeno, bem como o reconhecimento de fatores de risco ou de proteção dos indivíduos envolvidos nos atos violentos. Outro fato a destacar é que o perfil ora apresentado refere-se apenas as vítimas sobreviventes da agressão e/ou atendidas neste cenário, não incluindo as que buscaram outros serviços para o atendimento, portanto, esta pesquisa revela uma face deste fenômeno ainda por ser descoberto e aprofundado para a determinação de ações mais efetivas de vigilância, controle e prevenção da violência.

O reconhecimento da magnitude do agravo e a identificação dos grupos vulneráveis podem contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas a promoção e proteção da saúde, e a recuperação e reabilitação dos indivíduos expostos.

Além disso, é imprescindível que os profissionais de saúde que trabalhem com a assistência às vítimas, possuam a habilidade de reconhecer e identificar os indivíduos com risco potencial ou real para a ocorrência da violência. Para tanto, é necessária a capacitação e sensibilização destes profissionais, no que se refere à temática, bem como a inserção deste conteúdo nas grades curriculares dos cursos de graduação, tendo em vista a magnitude e impacto do tema sobre a saúde da população. Essa necessidade deve ser incorporada também nos programas *Stricto sensu* e *Lato sensu*, com a finalidade de produção científica e de subsídios para o cuidado de enfermagem.

Neste sentido, a inserção do tema da promoção da saúde, da prevenção e vigilância da violência e acidentes na agenda dos gestores em todos os níveis do SUS é essencial para a consolidação de políticas públicas em âmbito local e nacional.

A organização da assistência à saúde também lida com muitos desafios, como a incorporação do tema na atenção básica, o fortalecimento das respostas assistenciais de saúde às vítimas da violência em seu aspecto biopsicossocial, o atendimento às urgências e a articulação de parcerias na busca de respostas integradas.

A partir da análise das representações sociais das vítimas de agressão física, foi possível apreender idéias e significados pelos quais procuraram descrever e compreender as vivências individuais e as relações construídas no contexto social, sendo possível apreender suas representações sociais. Evidenciou-se que as mesmas perpassam por aspectos referentes à descrição do fenômeno, e a busca de motivações e dos efeitos de sua ocorrência.

Para as vítimas, a agressão física está presente quando a capacidade de diálogo e de argumentação são vencidas pela utilização do poder, e este fato reflete a vulnerabilidade dos envolvidos. Foi evidenciado, pelos discursos, que os agressores, familiares, amigos, companheiros, desconhecidos, policiais, eram incapazes de resolver os conflitos por meio do entendimento e do respeito às divergências, buscando, através da utilização da violência, o reconhecimento da necessidade de seus atos. A questão da formação dos indivíduos também foi lembrada como fator determinante para a ocorrência da violência.

A ocorrência do fenômeno também possibilita a ebulição de diversos sentimentos como humilhação, decepção, raiva e revolta, vergonha,

constrangimento, susto e medo, sentimentos estes relacionados muitas vezes à relação existente entre vítima e agressor. Então, a vergonha e o constrangimento estiveram presentes principalmente nas falas das vítimas do sexo feminino, enquanto a humilhação, mais referida pelos sujeitos do sexo masculino. A decepção foi mencionada principalmente quando o agressor possuía laços de parentesco com a vítima, e a revolta teve relação à violência perpetrada por agentes de proteção como os policiais.

A representação social dos efeitos da violência como a vulnerabilidade foi apreendida dos discursos dos sujeitos, ao mesmo tempo, em que ficou implícita a impotência, com relatos permeados com indicações que a vítima não merecia ser agredida, porém, não havia como deter os agressores.

Verificou-se, portanto, que as vítimas possuem uma representação social sobre os motivos que as levaram a sofrer agressão física. Interpretar as representações sociais da violência, em especial, os motivos para sua ocorrência, pode possibilitar o reconhecimento de fatores de risco, bem como indicar possíveis caminhos para a sua prevenção e controle. Da mesma forma, o conhecimento de quem são as vítimas de violência e dos motivos envolvidos em sua gênese, pode promover o melhor acolhimento destas pelos serviços de saúde, possibilitando uma assistência humanizada e integral, com vistas a um suporte biopsicossocial.

Tendo em vista a magnitude do fenômeno violência e suas diversas manifestações, o estudo das representações sociais de outras formas de agressão é importante, na tentativa do reconhecimento de diferentes mecanismos envolvidos na sua origem e na sua perpetuação. Espera-se que o estudo suscite reflexões sobre a temática violência, contribuindo com a prática profissional da enfermagem e trazendo subsídios que legitimem o cuidado às vítimas de agressão. O desafio que se coloca quanto à violência, como fator de risco para a qualidade de vida, é conseguir uma referência para a reflexão e para a ação, e que inclua, ao mesmo tempo, o individual e o coletivo.

Portanto, para a saúde pública e para a enfermagem, busca-se o cuidado às vítimas, ao mesmo tempo em que se procura prevenir sua ocorrência através da identificação das motivações e da identificação dos determinantes de risco e de proteção, formulando intervenções de forma articulada e intersetorial, e espera-se que este trabalho contribua com subsídios para a prática profissional de enfermagem.

6 REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. e OLIVEIRA, D. C. (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

AGUDELO, S. F. **El quinto: no matar**: contextos explicativos de la violência in Colômbia. Bogotá: TM Editores, 1999.

ALGERI, S; SOUZA, L. M. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2006 julho-agosto; 14(4).

ALMEIDA, A. M. O. et al. **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano**: estudos em representações sociais. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

ALMEIDA, S. F. C.; SANTOS, M. C. A. B; ROSSI, T. M. F. Representações sociais de professores do ensino fundamental sobre violência intrafamiliar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília: UnB, n.3, v.22, p.277-286, set-dez 2006,.

ANCHIETA, V. N. C.; GALINKIN, A. L. Policiais civis: representando a violência. **Psicologia e Saúde**, 17(1): 17-28; jan/abr. 2005.

ARANHA, M. L.; MARTINS, M. H. P. **Temas de filosofia**. São Paulo: Moderna, 2005.

ARENDDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

ASSIS, S. G. et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, 16(1), 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**: editado em francês por Press Universitaires de France. Tradução de: RETO, Luís A. e PINHEIRO, Augusto. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa sobre a promoção da saúde**, 21 de novembro de 1986. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br/htmlpt/colecoes/tratados.html>. Acesso em: jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência Intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n 737, de 16 de maio de 2001**. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2001b. Seção 1e.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: 2004-2007**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana Saúde. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade do SUS (SIM/SUS). Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2007.

BRÊTAS, J. R.; PEREIRA, S. R. A abordagem da representação social. In: MATHEUS, M. C. C. (Org.) **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

CAMARGO, C. L.; BURALLI, K. O. **Violência familiar contra crianças e adolescentes**. Salvador (BA): Ultragraph; 1998.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, v. 4, p.25-62, 1984.

COEN, M. Saúde e cultura de paz e não-violência. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.39, p.9-13, janeiro 2007.

COSTA, A. **Metodologia Científica**. Mafra: Nosde, 2006.

CRUZ, F. M. L. Representações sociais, identidade e exclusão social: o fracasso escolar em matemática. In: ALMEIDA, A. M. O. (Org.). **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

DANTAS, M. A. F.; CHAVES, A. M. Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o hospital de custódia. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília: Conselho Regional de Psicologia, 27(2):342-357, 2007.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 4(1):81-94, 1999.

_____. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DIAS, H. H. Z. R. Desvelando a violência na saúde e na enfermagem. In: **Cuidar e pesquisar na enfermagem: relatos e experiências**. Florianópolis: Papa-Livros, 2004.

DINIZ, G. R. S.; PONDAAG, M. C. M. A face oculta da violência contra a mulher: o silêncio como estratégia de sobrevivência. In: ALMEIDA, A. M. O. (Org.) **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

FORTES, P. A. C. As condições de vida, de trabalho e de saúde como “caldo de cultura” para a violência. **Bioética**. Brasília, v. 12, n. 2, p. 113-119, 2004.

GALINKIN, A. L. A (des)construção da pessoa e da violência. In: ALMEIDA, A. M. O. (Org.). **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1): 200-206, jan-fev, 2005.

GAWRYSZEWSKI, VP; KOIZUMI, MS; MELLO-JORGE, MHP. **As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade**. Cad. Saúde Pública v.20 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2004.

GIANINI, R. J.; LITVOC, J.; ELUF NETO, J. Agressão física e classe social. **Revista de Saúde Pública**, 33(2):180-6,1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. A violência social em questão: referenciais para um debate em saúde pública. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, n.2, v.5, p.93-100, abr. 1997.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência de doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes, apreendidas do discurso de professoras e cuidadoras. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2005; 14: Esp.: 32-7.

GUIMARÃES, J. M. X. et al. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(2): 441-451, 2005.

GUIMARÃES, S. P.; CAMPOS, P. H. F. **Norma social violenta: um estudo da representação social da violência em adolescentes**. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.20, n.2 2007.

HERMANN, L. M. **Maria da Penha: Lei com nome de mulher.** São Paulo: Servanda, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociais Municipais.** [Rio de Janeiro]:2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 9 jan. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa 2007.** [Rio de Janeiro]:2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 9 out. 2008.

INOJOSA, R. M. Rede Gandhi. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Revista CONASEMS,** Brasília-DF, a.II, n.19, set./out. 2006.

JUNQUEIRA, M. F. R. **Representação social da violência doméstica contra crianças e adolescentes.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás, 2003.

KOIZUMI, M. S.; LEBRÃO, M. L.; MELLO-JORGE, M. H. P.; PRIMERANO, V. Morbimortalidade por traumatismo crânio-encefálico no município de São Paulo, 1997. **Arq Neuropsiquiatr,** São Paulo: Associação Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 58(1): 81-89, 2000.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev Bras Enferm.** Brasília, 56(6): 669-673, nov./dez., 2003.

KRISTENSEN, C. H. et al. Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia.** Campinas – SP: PUC/SP, 8(1), 175-184, 2003.

KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LEAL, S. M C. **Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar da enfermagem”.** 2003. 164f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. **Ciência Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, n.2, v.10, abr./jun.2005.

LEME, M. I. S. Resolução de conflitos interpessoais: interações entre cognição e afetividade na cultura. **Psicologia: reflexão e crítica,** UFRGS, 17(3), p.367-380, 2004.

MALTA, D. C et al. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde.** Brasília, v.15, n.3, p.47-65, 2006.

MALTA, D. C et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 16(1): 45-55, 2007a.

_____. **A vigilância e prevenção de violências e acidentes no Sistema Único de Saúde: uma política em construção.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.39, p.82-92, junho 2007b.

MELLO-JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no estado de São Paulo, 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.** n.2, v.7, 2004.

MENDONÇA, R; INOJOSA, R. M.; COSTA, J. **A promoção da saúde e as conexões pela vida.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.39, p.34-38, jun. 2007.

MICHAUD, Y. **A violência.** São Paulo: Ática, 1989.

MINAYO, M.C.S. Violência: um tema que a realidade social impõe à atenção médica. **Boletim da Abem**, Rio de Janeiro, n. 3/4, v. XXXII, p.6-9, 2004a.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2004b.

_____. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros: introdução. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.9-33, 2005.

_____. Violência, um problema social que afeta a saúde. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 35, p. 23-35, maio 2006.

_____. Trajetória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde. In: MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9(1): 65-78, jan./mar., 1993.

_____. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 4:513—531, 1998.

_____. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4:7-32, 1999.

_____. **Violência sob o olhar da saúde.** A infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

MONTEIRO, F. R.; COUTINHO, M. P. L.; ARAÚJO, L. F. Sintomatologia depressiva em adolescentes do ensino médio: um estudo das representações sociais. **Psicologia Ciência e Profissão**, 27(2): 224-235, 2007.

MONTEIRO, M. N.; CABRAL, M. A. A.; JODELET, D. As representações sociais da violência doméstica: uma abordagem preventiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(1): 161-170, 1999.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais**: editado em inglês por Gerard Duveen. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

NJAINE, K.; REIS, A. C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

NORONHA, C. V. et al. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. **Ver Panam Salud/Pan Am J Public Health**, 5(4/5), 1999.

NOVO, H. A. De fatos e espetáculos: o imaginário social sobre a violência na Grande Vitória – ES. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano**. Estudos em representações sociais. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

OLIVEIRA, D. C. O conceito de necessidades humanas e de saúde e sua articulação ao campo das representações sociais. In: OLIVEIRA, Denize Cristina de; CAMPOS, Pedro Humberto Farias (Org.). **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. [Col. Memória Social].

OLIVEIRA, C. S. O. **Sobrevivendo no inferno: a violência juvenil na contemporaneidade**. Porto Alegre: Sulina, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1996.

_____. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende à mulher em situação de gestação parto e puerpério**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000.

PERES, M. F. T. **Violência por armas de fogo no Brasil** - Relatório Nacional. São Paulo, Brasil: Núcleo de Estudos da Violência, Universidade de São Paulo, 2004.

PHEBO, L.; MOURA, A. T. M. S. Violência urbana: um desafio para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, n.5, v.81 (supl), 2005.

PIMENTA JUNIOR, F. G. Violência: prevenção e controle no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 16(1): 5-6, 2007.

PINHEIRO, P. S.; ALMEIDA, G. A. **Violência urbana**. São Paulo: Publifolha, 2003.

PITANGUY, J. **A questão do gênero no Brasil**. Banco Mundial, Brasília – DF, 2003.

PORTO, M. S. G. A violência urbana e suas representações sociais o caso do Distrito Federal. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo: Fundação SEADE, 13(4), 1999.

_____. M. S. G. Crenças, valores e representações sociais da violência. **Sociologias**, Porto Alegre, a. 8, n.ero 16, jul/dez 2006, p. 250-273.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOINHAS, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2005-2008**. Canoinhas, 2005.

REICHENHEIN, M. E; DIAS, A. S; MORAES, C. L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40 n.4, aug. 2006.

REICHENHEIN, M. E.; WERNECK, G. L. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro. As mortes violentas em questão. **Caderno Saúde Pública**, 10(supl1):188-98, 1994.

RESTREPO, L.C. **O direito à ternura**. Petrópolis: Vozes, 1998.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SANTOS, M. F. S.; ALÉSSIO, R. L. S. De quem é a culpa? Representações sociais de pais das zonas urbanas e rural sobre adolescência e violência. In: ALMEIDA, A. M. O. (Org.). **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40 n. especial, ago. 2006.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**,10(1): 7-17, 2005.

SCHWANCK, R. H.; PAULETTI, G.; ZORZO, J. A. T.; GOMES, V. L. O. A percepção de formandos de enfermagem acerca da violência contra a criança. **Cogitare Enferm.**, Curitiba: UFPR, 10(2): 41-6, maio/ago. 2005.

SILVA, M. R. S.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D.; TAVARES, K.O. Resiliência e promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 14(Esp.):95-102, 2005.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C.; VEIGA, J. P. C. Violência interpessoal: homicídios e agressões. 172-196 f. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

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

SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G.; MINAYO, M. C. S.; PIRES, T. O. Magnitude dos acidentes e violências nas cinco capitais. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs). **Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. The panorama of urban violence in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(2):363-374, 2006.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes 1995.

TRINDADE, Z. A. Em busca da maternidade: dilema reprodutivo de mulheres inférteis. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de (Orgs). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UIPES – União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. **19 Conferência Mundial de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde**. Vancouver, Canadá, june 1-30, 2007. Disponível em: <<http://www.iuhpe.org>>. Acesso em: 11 out. 2008.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência IV: os jovens do Brasil**. Brasília: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. **Tempo Social**, 9(1):5-41, 1997.

WULKAN, M; PARREIRA JÚNIOR, J. G; BOTTER, D. A. Epidemiologia do trauma facial. **Rev Assoc Med Brás.**, 51(5): 290-5, 2005.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ETAPA QUANTITATIVA

Instrumento de Coleta de Dados: etapa quantitativa

Caracterização da vítima:

Sexo:

Idade:

Residência:

Caracterização da violência:

Natureza da lesão:

Descrição da lesão:

Tipo de arma ou material utilizado:

CID:

Local, data e horário da agressão:

APÊNDICE 2
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ETAPA QUALITATIVA

Instrumento de Coleta de Dados: etapa qualitativa

Sexo:

Idade:

Tipo de Agressão:

Quanto tempo após a agressão procurou o atendimento:

1. Para você o que significa a violência?
2. Você já foi agredido(a) anteriormente?
3. Para você quais os motivos que o(a) levaram ser agredido(a) ?
4. O que significa para você ser agredido(a) fisicamente?

APÊNDICE 3
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ concordo em participar do estudo **Representações sociais da violência: subsídios para o cuidado de enfermagem** que tem por objetivo “identificar o perfil das vítimas de violência física no município de Canoinhas – SC e conhecer as representações das vítimas sobre a ocorrência da violência”. Este estudo será desenvolvido por Janine Ribeiro IspHair Watzko, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná/UFPR.

A minha participação acontecerá por meio da realização de uma entrevista, previamente agendada. Não haverá qualquer tipo de desconforto ou risco em consequência de minha participação no estudo. Contudo os benefícios esperados são melhor conhecimento da enfermagem em relação ao tema em questão.

Os dados somente serão utilizados pela autora do estudo mediante minha autorização, desde que sejam mantidos o sigilo e o anonimato.

A aluna, autora da pesquisa, poderá ser procurada, no endereço: Rua Otto Friederich 266, Bairro Tricolin, telefone (47) 36227181, para maiores esclarecimentos.

Após ler o texto acima, compreendi a natureza do objetivo do estudo do qual fui convidado a participar, certo de que terei acesso a todos os procedimentos, podendo ser esclarecido de quaisquer dúvidas. Estou ciente que minha participação é voluntária e que sou livre para interromper a participação a qualquer momento, sem que ocorra problemas ou prejuízos.

Canoinhas, de _____ de 2008.

Assinatura
RG
responsável

Janine R. I. Watzko
pesquisadora
47-36227181
r: Otto Friederich 266
Canoinhas – SC

APÊNDICE 4
TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Termo de Consentimento da Instituição

Venho através deste solicitar o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de Canoinhas – SC para a realização da pesquisa Representações sociais da violência: subsídios para o cuidado de enfermagem, referente ao meu projeto de dissertação do Curso de Mestrado da Universidade Federal do Paraná – UFPR, sob orientação da professora doutora Maria de Fátima Mantovani.

A população alvo para a pesquisa serão vítimas de violência física atendidas no Pronto Atendimento Municipal no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007, selecionadas através das fichas de atendimento de urgência preenchidas nos períodos mencionados.

Será mantido o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, respeitando os preceitos éticos da Resolução CNS 196/96.

Agradeço a confiança para a efetivação do trabalho, colocando-me a disposição para quaisquer informações adicionais.

Canoinhas, de de 2008.

Janine Ribeiro Isphair Watzko
Pesquisadora

Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Orientadora

Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO 1
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade do Contestado – UnC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO – PROCESSO 454/08

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado, no uso de suas atribuições legais, emite parecer consubstanciado, aprovando após cumpridas as recomendações apresentadas o projeto intitulado: **Representações sociais da violência: subsídios para o cuidado de enfermagem em saúde pública**, da pesquisadora MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI (Orientadora) e JANINE RIBEIRO ISPHAIR WATZKO (orientanda).

Solicitamos que caso ocorram quaisquer eventos adversos graves no desenvolvimento de sua pesquisa, interrupção, modificações ou emendas no protocolo apresentado ao CEP, isto seja informado imediatamente ao mesmo através de relatório parcial.

Certo de sua colaboração subscrevemo-nos reiterando nossos votos de estima, consideração e colocando-nos a sua inteira disposição para os esclarecimentos e orientações que se fizerem necessárias.

Observação: Deverá ser obrigatoriamente enviado ao CEP o comprovante de recebimento Da Dissertação na Biblioteca da UnC Canoinhas/Porto União.

Canoinhas (SC), 23 de outubro de 2007.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Denise Cardoso', is written over a horizontal line.

Denise Cardoso

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO 2
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS

ESTADO DE SANTA CATARINA SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N.º 115001 BAU	DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> OBS: ANEXAR OS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS											
ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO NOME: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CANOINHAS			DIAGNÓSTICO: _____ CID: _____ PROCEDIMENTO: _____ CÓDIGO: _____											
CÓDIGO(CNPJ): 83.102.384/0001-80		ENDEREÇO: RUA FELIPE SCHMIDT, 10												
LOCALIDADE: CANOINHAS	ESTADO: SC	CEP: 89.460-000												
PACIENTE NOME: _____ IDADE: _____ ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA: _____ LOCALIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____ NÚMERO: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____			NATUREZA DO ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 1. CLÍNICO <input type="checkbox"/> 5. PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> 9. ACIDENTE EM GERAL <input type="checkbox"/> 2. CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> 6. TISIOPNEUMOLÓGICO <input type="checkbox"/> 10. ACIDENTE DO TRABALHO <input type="checkbox"/> 3. OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> 7. ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> 4. PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> 8. OUTRO											
ACOMPANHANTE NOME: _____ PROFISSÃO: _____ IDADE: _____ DATA DO NASCIMENTO: _____ IDENTIDADE: _____ ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO: _____ LOCALIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____ DATA DE ATENDIMENTO: _____ REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HORA DO ATENDIMENTO: _____			MEDICAÇÃO ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA <input type="checkbox"/> 1. PARA RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> 1. INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> 5. OUTROS <input type="checkbox"/> 2. APLICADA <input type="checkbox"/> 2. PARA AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> 2. ÓBITO											
MOTIVO DO ATENDIMENTO <table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>							NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> </table>							
ASSINATURA DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO: _____		CARIMBO CRM OU CRO: _____	ASSINATURA DO PACIENTE OU DO ACOMPANHANTE: _____ Caso não saiba assinar, aplicar polegar direito ao lado											
INSTRUÇÕES: Preencha legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento. - Assinale com X os quadriculos precedidos de números, marcando a alternativa. - São responsáveis pela informação o Médico ou Odontólogo Assistente e os Diretores da entidade conveniente ou contratada. - A declaração falsa e/ou fraude sujeita os infratores as sanções dos artigos 171 e/ou 299 do código penal.														

