

Anais do Seminário Nacional Sobre Saúde e Violência na Perspectiva da Vulnerabilidade

9º Encontro do Leifans



16, 17, e 18 de novembro
Centro de Eventos Plaza São Rafael
Av. Alberto Bins, 509 - Centro - Porto Alegre



Ficha Catalográfica

CEPEEn (Brasília-DF)

Seminário Nacional sobre Saúde e Violência na Perspectiva da Vulnerabilidade
(2005 : Porto Alegre, RS).

Anais do Seminário Nacional sobre Saúde e Violência na Perspectiva da
Vulnerabilidade / organizado por Joel Rolim Mancia e Maria da Graça Motta. Brasília :
Associação Brasileira de Enfermagem-(ABEn), 2007.

(Trabalhos em CD-ROM).

ISBN:978-85-87582-28-7

1. Saúde. 2. Violência. 3. Vulnerabilidade. 4. Congressos.
2. I. Mancia, Joel Rolim. II. Motta, Maria da Graça. III. Título.
CDU 616-083(81)(063)

Sumário



Próximo

SOBRE VIOLÊNCIA E VULNERABILIDADE À AIDS: ALGUMAS REFLEXÕES NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Fernando Seffner

1 Introdução

O presente texto serviu de base para apresentação em mesa do Seminário Nacional sobre Saúde e Violência na Perspectiva da Vulnerabilidade, ocorrido em novembro de 2005. O objetivo da apresentação foi suscitar a reflexão sobre as conexões entre saúde, violência e vulnerabilidade, numa dupla perspectiva: a de uma modalidade específica de violência, aqui denominada de violência estrutural, e sua relação com um específico agravo de saúde, a aids. De modo transversal, exemplificamos com algumas situações de construção da masculinidade em contextos específicos. Algumas idéias aqui expostas foram extraídas de texto anterior (SEFFNER, 2004), acrescidas de reflexões sobre a masculinidade e com sugestões para a Educação em Saúde, produzidas para este texto.

2 Qualificação da noção de violência estrutural

A designação de violência estrutural refere-se aquelas formas de violência que não se apresentam em geral de maneira súbita, nem são derivadas de situações excepcionais, como guerras, mas estão embutidas no funcionamento da vida cotidiana dos indivíduos, atuando de forma constante, e sendo muitas vezes difíceis de serem qualificadas como 'violentas', uma vez que se apresentam quase 'naturalizadas'. O elemento central que preside a definição de violência estrutural é a constatação de que a desigualdade vem aumentando no mundo, e ela desemboca em situações institucionalizadas de violência, caracterizada então pelo adjetivo estrutural.

Professor da Faculdade de Educação da UFRGS

Dizer que se vive numa cultura da violência é dizer que os modos de vida dos membros da sociedade incorporaram a violência em seu funcionamento cotidiano. Significa também dizer que os sistemas de inter-relações que ligam os indivíduos em conjunto admitem a prática da violência de forma rotineira. Isso vai muito além do noticiário de jornais sobre crimes, assassinatos, latrocínios ou acidentes de trânsito. Interessa aqui perceber a construção de mecanismos violentos, de ação contínua e continuada, que operam no sentido de barrar o acesso de indivíduos ou grupos a benefícios sociais e oportunidades, produzindo considerável tensão na vida cotidiana.

A vida social tem implicado, ao longo da história, em graus diferenciados de dominação de alguns indivíduos sobre outros, não havendo registro de sociedade onde tal não tenha acontecido. Desta forma, chega-se a pensar que a vida em sociedade nos torna 'prisioneiros' uns dos outros, e que a violência, daí derivada, não se resolve apenas se administra. Se isto for assumido como verdadeiro, de imediato se pode afirmar que uma das tarefas da vida em sociedade é administrar a violência. Talvez resolvê-la. Nunca esquecendo que a vida social é regida por um desejo de hegemonia e poder, de grupos e/ou de indivíduos, que pode redundar em situações de violência. Em suma, e pensando no título deste seminário, parece-me difícil imaginar um mundo sem violência, por mais que pessoalmente deseje isto, e mais difícil ainda imaginar a área da saúde a salvo dos efeitos da violência. Mas acredito firmemente que podemos administrar e reduzir a violência, em todas as suas formas, realizando inclusive ações 'preventivas' da violência. Uma das tarefas da vida em sociedade é com certeza a de impor medidas de contenção da violência, e a Educação em Saúde tem um papel relevante nisso.

O conceito de violência, como qualquer outra construção conceitual, é histórico e social. Por histórico entenda-se que nossa leitura hoje em dia das sociedades do passado, a partir do conjunto de direitos humanos que a sociedade contemporânea construiu, nos faz com certeza nomear como violência muitas coisas que não foram vivenciadas pelos indivíduos como formas ou modos violentos, e muito menos nomeados dessa forma, em sua época. O aspecto social da conceituação de violência refere-se a que, num grupo social, alguns vão nomear como violência algo que outros poderão considerar como corriqueiro ou não violento. Em nossa sociedade, sob muitos aspectos que se considere, a violência parece ter-se tornado cotidiana, e isto verificamos especialmente ao consumir os produtos da mídia: jornais, revistas, programas de televisão e rádio. Ao tomar contato com essa proliferação da violência, muitos indivíduos passam a crer e afirmar que a violência é hoje em dia um elemento fundante das relações sociais. Ou seja, que a forma de estabelecimento das relações seria a violência, desde aquela mais branda, como a competição entre indivíduos por uma vaga, até a barbárie dos assassinatos, passando por situações vividas no trânsito das grandes cidades,

constrangimentos diversos, violência simbólica, vergonha pela falta de dinheiro, dificuldade de acesso a serviços de saúde, etc.

Entretanto, acredito que a violência, em que pese ter uma positividade produtiva, não é fundante da vida social, ao contrário do que muitas crenças difundem. Os elementos fundantes das relações sociais são, em particular, a classe, a raça/etnia, o gênero, a faixa etária, a religião, a nacionalidade e região, dentre outros. Ou seja, a maior parte das relações sociais em que tomamos parte se dá a partir de diferenças de classe, raça/etnia, gênero, religião, geração, etc. Estas diferenças são muitas vezes a matéria da própria relação, o que está em jogo nela mesmo, aquilo que no momento estamos 'trocando' com o outro. A violência pode aparecer como um complemento fundante da articulação entre esses elementos. Ela pode ser vista como o lubrificante destas relações. Ela pode ser necessária para que um grupo preserve a dominação sobre outros, num corte de gênero (homens violentam mulheres), num corte de região (determinados Estados no planeta utilizam a violência para manter a dominação sobre outros), num corte religioso (o exercício da violência na relação entre grupos religiosos, como na Irlanda), num corte étnico/racial (veja-se o caso da África do Sul, onde brancos dominaram negros por muitos anos, sob o regime do *Apartheid*), e outras possibilidades. A necessidade de dominação acarreta sempre desigualdades de distribuição de poder na sociedade, fundando então outras formas de desigualdade. Podemos ter também uma sinergia entre mais de uma forma de desigualdade, como acontece na interface entre orientação sexual e vulnerabilidade à aids.

Em vinte e quatro horas de vida de um indivíduo, o que está em jogo, na maior parte do tempo, em sua construção identitária, é algo relacionado a classe, raça ou etnia, gênero, geração, região, nacionalidade. Eu não estabeleço relações com Paulo, Pedro ou Maria a partir da violência, mas a relação que posso estabelecer com cada uma dessas pessoas, sendo por exemplo Maria mulher e eu homem, ou Pedro norte americano, e eu um brasileiro, pode ter um complemento fundante, que é a violência, que pode estar muito ou pouco dimensionada. Creio que não podemos cair na tentação de ficar afirmando que "sempre existe violência", "ela está por toda a parte", "todo mundo é violento", pois estas são maneiras de fazer com que o próprio conceito de violência perca um pouco de seu potencial de análise teórico. Se por hipótese "tudo é violento," não teríamos mais necessidade deste conceito, que ficaria esvaziado, ou naturalizado. Se passarmos a designar todas as situações como de violência estrutural, então perdemos a necessidade de nos indagar sobre as causas da violência.

A violência, a violência estrutural e a vulnerabilidade a um determinado agravo de saúde são sempre questões intimamente relacionadas a poder e política. Uma possibilidade de análise do poder é tratá-lo na ótica da

distribuição de recursos materiais e disponibilidade de acesso à tecnologia, que gera as desigualdades mais gritantes na sociedade, especialmente no caso brasileiro, uma vez que somos campeões mundiais em desigualdade na distribuição de riquezas e serviços, tais como terra, salário, benefícios da previdência, oportunidades de educação, direito a saúde pública, etc. Esta péssima distribuição de recursos materiais é com certeza um combustível importante para as situações de violência. Na área da saúde, o acesso diferenciado ao consumo de medicamentos, tratamentos e procedimentos cirúrgicos pode ser visto como uma modalidade de violência estrutural, derivada da desigual distribuição de poder na sociedade. Uma estratégia importante de combate a esta situação é a defesa da saúde como bem público, e do acesso aos medicamentos como um dos direitos humanos.

A análise de qualquer situação existente no mundo, a situação de um indivíduo ou a de um grupo, não pode ser feita apenas em cima do que está dado, mas precisa levar em conta as faltas e as possibilidades. Pensando a partir de várias falas de Milton Santos sobre a globalização, o “mundo” em que cada um vive pode ser definido como um conjunto de possibilidades e oportunidades. A história de um determinado país, indivíduo ou instituição é o registro das possibilidades que se efetivaram. Cabe mostrar de que forma se deram, e ainda se dão as disputas e negociações, os procedimentos, às ações empreendidas, as estratégias que os diversos grupos utilizam para obter os resultados que desejam. A violência pode ser um ingrediente presente nestas disputas, determinando uma desigualdade de acesso de determinados grupos a determinados conjuntos de possibilidades ou oportunidades. A área da saúde é cheia de exemplos da diferença de acesso aos serviços, que origina agravos de saúde, quando não epidemias. Olhada numa perspectiva de gênero, mulheres tem mais acesso aos serviços, apresentam maior morbidade e menor mortalidade; enquanto homens têm menor acesso aos serviços, apresentam menor morbidade, mas elevada mortalidade. Estas questões constituem desafios ao sistema de saúde, pois nos falam de diferenças de acesso.

Grupos sociais discriminados por causa de sua preferência sexual podem estar sujeitos a uma situação de estigma (GOFFMAN, 1982), que lhes dificulta participarem da distribuição da riqueza em pé de igualdade a outros indivíduos e grupos. O medo de ficar exposto a uma situação vexatória derivada da revelação de sua vida sexual, especialmente entre os homens, nos indica que “a possibilidade de sentir, interpretar e perceber as próprias necessidades e desejos, em suma, a própria possibilidade de ser *alguém* depende crucialmente do desenvolvimento de autoconfiança, auto-respeito e auto-estima.” (ANDERSON, 2001: 12) Essa vinculação entre o sentir e a auto-estima tem ligação direta com a questão da vulnerabilidade a aids. A auto-estima só pode ser construída se estou participando de um

relacionamento em que não preciso esconder algo de muito importante a respeito da minha vida. A vulnerabilidade à aids tem importante relação com o grau de aceitação da sociedade em relação a diferentes formas de viver a sexualidade. Não custa repetir que a aids é uma doença sexualmente transmissível, e, portanto os modos pelos quais os indivíduos vivem suas preferências sexuais interferem nos modos de acesso e permanência nos serviços de saúde.

Não se trata aqui de fazer uma pesquisa sobre fatores de risco para a violência, buscando no fundo traçar o perfil de quem pode ser um provável violento, um potencial delinqüente. É mais produtivo enfocar relações e processos, produtores da violência. Retomando o eixo central da argumentação, transitamos hoje da desigualdade extremada para a situação de violência estrutural. Os elementos que entram na definição de violência estrutural são: pobreza, exploração econômica, gênero e poder, relações de gênero, raça e etnia, opressão sexual, idade e faixa etária como eixo de desigualdade e diferenciação de poder, nação e região, preferência sexual, religião, dentre outros. A violência contra grupos de gênero, tais como mulheres, homens jovens, homens homossexuais e homens bissexuais no Brasil escapa à tradicional dicotomia de que haveria sempre duas cidades: uma formada pelos homens de bem (coincidentemente possuidores de bens) e outra dos homens do mal (coincidentemente não possuidores de bens). A emergência da aids opera no sentido de retrabalhar muitos desses elementos, estabelecendo uma sinergia, na qual se produz mais violência sobre aqueles que já eram objeto de violência, como é o caso dos homens homossexuais soropositivos, e também dos homens bissexuais soropositivos.

Um ponto a ser verificado é perceber em que medida o empobrecimento, ou a simples piora das condições econômicas, colabora para o aumento da violência estrutural entre os homens, e em que medida. Ou será que, independentemente de nível de renda, classe econômica e situação social, a violência contra determinadas formas de masculinidade é a mesma? Talvez venha a se verificar que o organizador mais importante da violência nesse grupo seja o corte rural e urbano, ou então a faixa etária, ou a divisão entre homens casados e homens solteiros, ou a divisão de raça/etnia, ou a diferença de pertencimento religioso. Certamente, não podemos perder de vista que a pobreza participa ativamente da construção dos processos de exclusão social e vulnerabilidade à aids, em todos os grupos sociais, e neste em particular, mas também é verdade que “uma questão fundamental é que a pobreza é ao menos parcialmente limitada como categoria unicausal de análise da vulnerabilidade ao HIV/AIDS. A bibliografia sociológica e antropológica [...] sugere que a pobreza em quase todas as circunstâncias funciona em conjunto com outros fatores sociais e culturais na articulação de formas variadas de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. A ênfase

é na interação entre fatores estruturais diversos – a sinergia causada pelo seu contato. [...] aborda a pobreza em relação ao seu deslocamento espacial, ao poder associado a gênero, à violência e discriminação sexuais, à desertificação urbana e à desintegração social associada ao tráfico de drogas, e assim por diante. Tendências amplas como a pauperização, feminilização ou interiorização são inegáveis, mas a utilização por vezes simplista pode mascarar a complexidade social dos processos de vulnerabilidade.” (PARKER & CAMARGO JR., 2000: 9)

Não podemos esquecer, olhando os exemplos da peste, da sífilis e da aids, que as doenças são fortemente instrumentalizadas no sentido de fornecer um motivo para a retirada de direitos de populações ou grupos, para legitimar perseguições, para a dominação de um grupo sobre outros, etc. A doença vira então um problema de democracia, um problema político, uma vez que ela é colocada a serviço do silêncio de grupos, da construção dos modelos de vítimas e culpados. Pensada dessa forma, uma doença pode propiciar o aparecimento de muitos mecanismos de violência estrutural na sociedade, e também reforçar mecanismos já existentes de violência estrutural sobre indivíduos e grupos sociais.

Mesmo um observador um tanto desatento do percurso da epidemia de aids no Brasil, nos últimos vinte anos, irá perceber a evidente imbricação entre os processos que conduzem ao adoecimento e os determinantes sócio-econômicos, e também políticos, que presidem a vida de indivíduos e populações. As ‘formas’ que a epidemia toma, em diferentes países, em diferentes regiões, junto a grupos sociais distintos, são o resultado da atuação de uma complexidade de processos, tanto econômicos, quanto sociais, políticos, culturais, etc. que, na maior parte das vezes, pré-existiam ao surgimento da doença, mas foram retrabalhados por ela, e em parte moldaram as modalidades de presença da epidemia junto a grupos e indivíduos. Desta forma, quando se fala em “vencer a aids”, como freqüentemente aparece nos jornais, está-se falando na resolução de um conjunto enorme de problemas de saúde pública, e não apenas na descoberta da vacina, como quer a imprensa. A presença de aids junto a determinados grupos serve como um marcador social e torna visível uma situação de vulnerabilidade social que já existia, e que agora adquire novos contornos, geralmente mais dramáticos.

A vulnerabilidade social à epidemia está em estreita relação com situações de violência estrutural e desigualdade social. Nesta medida, é necessário “promover um entendimento mais eficiente das maneiras pelas quais diversas formas de violência estrutural – como pobreza, opressão entre os sexos e discriminação sexual sistemática – contribuem, muitas vezes de maneiras sinérgicas, para vulnerabilidade à AIDS na América Latina, assim como em outras partes do mundo”. (PARKER et al, 2000: 3) Respostas à epidemia só terão eficácia se pensadas como projetos de longo prazo,

envolvidos na resolução – ou pelo menos abrandamento – das desigualdades sociais e das situações de violência estrutural. Entretanto, conforme já fizemos notar em outra parte deste texto, a violência estrutural é em geral vivenciada como algo quase ‘naturalizado’ pelo indivíduo, sendo inclusive muitas vezes difícil nomeá-la como violência por parte de quem a sofre. Desta forma, “a relação entre violência, pobreza e vulnerabilidade não pode ser vista meramente no sentido de causa e efeito, ou por mera associação. É preciso estar mais atento, pois o locus da violência estrutural é exatamente uma sociedade de democracia aparente, que apesar de conjugar participação e institucionalização, advogando a liberdade e igualdade dos cidadãos, não garante a todos o pleno acesso a seus direitos”. (CRUZ NETO, 2000: 6)

No caso brasileiro, e creio que podemos estender o raciocínio aos demais países latino americanos, a sociedade e o estado não garantem a todos os grupos sociais um tratamento de igualdade e equidade. As desigualdades de poder são organizadas em geral segundo três eixos: raça, classe e gênero, e suas combinações. Podemos dizer que são os estigmas de raça, classe e gênero os mais fortemente produtores de violência estrutural sobre indivíduos e grupos. A diversidade em geral não é contemplada no ordenamento jurídico desses países, contribuindo para reforçar as situações de violência estrutural, e privando os indivíduos de meios para se defender da exclusão, do desrespeito, das atitudes preconceituosas, da discriminação, da hipocrisia. Dentre os grupos que experimentam constrangimento e não são contemplados pela legislação, destacam-se aqueles tradicionalmente chamados de “minorias sexuais”. Ora, temos hoje na América Latina sociedades em que amplos setores reconhecem e aceitam que a heterossexualidade não constitui a única forma de expressão da sexualidade humana. Lutar pelos “direitos referentes à livre orientação sexual insere-se em um contexto internacional de construção dos direitos humanos” (PIMENTEL, 2002), e constitui uma tarefa social de grande importância, que visa enfrentar a desvantagem histórica desses grupos ante outros.

O estigma não pode ser visto como um atributo psicológico ou como uma “coisa”, ele é fruto de uma relação social, histórica e culturalmente construída, e que, assim como foi construída, pode ser modificada. “De fato, é possível ver a estigmatização desempenhando um papel chave na transformação da diferença em desigualdade, e pode funcionar, em princípio, em relação a qualquer dos eixos principais da desigualdade estrutural interculturalmente presente: classe, gênero, idade, raça ou etnia, sexualidade ou orientação sexual, e assim por diante.” (PARKER & AGGLETON, 2001: 16) Uma das principais tarefas da educação em saúde é promover a visibilidade dessas conexões entre fatores propriamente patológicos e determinantes políticos que conduzem ao adoecimento.

3 Educação em Saúde

Programas de educação em saúde não vão ‘resolver’ o problema da violência estrutural sozinhos, mas podem contribuir para uma redução importante dos desníveis em matéria de direitos humanos na sociedade brasileira. À moda de conclusões, seguem algumas reflexões e sugestões de procedimentos na área da educação em saúde, que espero possam aumentar a compreensão dos profissionais quanto a essas delicadas e difíceis relações entre o cuidado, a atenção à saúde, a vulnerabilidade e a violência estrutural:

- Investir na produção de redes de diálogo nos serviços de saúde (grupos de pacientes, grupos de mútua ajuda, grupos de familiares, grupos de cuidadores de crianças, grupos de voluntários, grupos de profissionais, etc.) e abordar o tema da violência estrutural nestes grupos;
- No interior das redes de diálogo, construir contextos potentes de questionamento das ações violentas, pela via da reivindicação, da redação de códigos de conduta, da denúncia, do monitoramento de ações, etc.;
- Abordar a vulnerabilidade à aids como possibilidade de exclusão das oportunidades e das redes de solidariedade, mapeando então as ações que podem ser feitas para diminuir estes efeitos;
- Abordar a questão da vulnerabilidade à aids sempre vinculada a uma perspectiva de gênero e sexualidade, o que implica considerar modos diferentes de ação para homens e mulheres, e estratégias diferentes de educação em saúde para diferentes orientações sexuais;
- Construir procedimentos de saúde que não colidam com os direitos humanos, ao contrário, que possam fortalecer a autonomia dos sujeitos e a esfera da cidadania.

Por fim, e com certeza o mais importante de tudo, nada mudará se os profissionais não tiverem a coragem de modificar procedimentos e relações humanas que estão por vezes profundamente arraigados, tanto entre as equipes, como junto aos pacientes. E também nada mudará se não for feito em equipe, através da difícil arte da política e da busca do entendimento.

Referências

- ANDERSON, J.. A opressão invisível. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 22 jul. 2001, Caderno Mais!, pp. 8-13.
- CRUZ NETO, O. Um país de desigualdades. *Boletim ABIA*, Rio de Janeiro, jan./mar. 2000, n.º 44, pp. 6-7.

GOFFMAN, E.. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1982

PARKER, R. & CAMARGO JR, K. R. Aids em tempos de globalização. *Boletim ABIA*, Rio de Janeiro, jan./mar. 2000, n.º 44, pp. 8-9.

PARKER, R.; TERTO JR., V. & RAXACH, J. C. Respostas ao HIV na América Latina. *Boletim ABIA*, Rio de Janeiro, jan./mar. 2000, n.º 44, pp. 2-3.

PARKER, R. & AGGLETON, P. *Estigma, discriminação e aids*. Rio de Janeiro, ABIA, 2001

PIMENTEL, S. Uma questão de justiça. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 12 jan. 2002, p. A3

SEFFNER, Fernando. Masculinidade bissexual e violência estrutural: tentativas de compreensão, modalidades de intervenção. In.: UZIEL, A.P; RIOS, L.F. & PARKER, R.G. *Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de aids*. Rio de Janeiro, Pallas, 2004