



VIOLÊNCIA E MASCULINIDADE: PERFIL SÓCIO-EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA O HOMEM NO BRASIL, 2011.

Manoel Guedes de Almeida¹

Tayná Maria Gonçalves Varão Silva²

Jefferson Leonardo Silva³

Paulo Filho Soares Marcelino⁴

Maiara Carvalho Nogueira⁵

José Ivo dos Santos Pedrosa⁶

Resumo. Homens constituem grupo mais vulnerável à violência, associada à agressividade, invulnerabilidade e poder característicos da masculinidade. O presente trabalho visa abordar as relações da violência com a identidade masculina e seus traços epidemiológica no Brasil. Baseia-se em pesquisa quali-quantitativa epidemiológica e retrospectiva referente ao ano de 2011 através de dados do SINAN/DATASUS e publicações no Scielo e Google Scholar. Houve, em 2011, 98115 casos de violência registrados no Brasil no ano de 2011. Destes, 63000 recaíram sobre mulheres e 34247 sobre homens. Casos de violência contra homens têm maior morbi-mortalidade e se associam diretamente a fatores sociopolíticos e culturais, como escolaridade, idade e drogas.

Palavras-chave: Violência, Masculinidade, Saúde, Gênero, Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A masculinidade vem assumindo cada vez mais destaque como objeto de estudo, seja pela necessidade de revisão dos papéis sociais na contemporaneidade ou pela desestabilização que o movimento feminista trouxe aos papéis outrora construídos (GOMES, 1998). Essa discussão, no entanto, traz o homem como objetivo de estudo para o campo da saúde de gêneros. Parte, pois, do entendimento da construção da

¹ Universidade Federal do Piauí – UFPI; manoel.medufpi@gmail.com

² Universidade Federal do Piauí – UFPI; taynamaria@gmail.com

³ Universidade Federal do Piauí – UFPI; pf-marcelino@hotmail.com

⁴ Universidade Federal do Piauí – UFPI; jefferson_leosilva@hotmail.com

⁵ Universidade Federal do Piauí – UFPI; mai.cn@hotmail.com

⁶ Universidade Federal do Piauí – UFPI; jvopedrosa@gmail.com

masculinidade e dos papéis que o homem assume nos dias atuais. Segundo Rios (1993) e Gomes (2003), o objetivo maior das políticas de saúde do homem é a transposição do modelo de saúde-mulher para o de saúde-gênero, mudando o foco da saúde para as relações que satisfaçam as necessidades humanas.

O campo da saúde, que tem tradicionalmente se concentrado em combater as consequências da violência, com os esforços de superação do modelo médico-assistencialista têm dado amplos passos rumo a uma nova abordagem da saúde pública, onde a promoção e a prevenção da saúde assumem papéis determinantes no processo saúde-doença.

No último século, no mundo, e mais recentemente no Brasil, tem-se desvencilhado a necessidade em focalizar a atenção para a saúde masculina. Se, por um lado, a saúde de homens não assumira destaque pelos mesmos motivos iniciais que a saúde da mulher quanto à luta pela opressão social imposta, por outro lado aspectos inerentes à masculinidade fazem com que homens, em geral, assumam uma condição de risco relativo a seu modo de vida, não costumam adotar medidas de prevenção e não procuram ajuda quando sua saúde está comprometida (NASCIMENTO; GOMES, 2008). Os mesmos autores, em estudo anterior, afirmam a identidade masculina trás consigo marcas identitárias, como a crença na invencibilidade, associação da masculinidade à exposição ao risco e descontrole sexual.

Segundo Minayo (1994), *“violência consiste no uso da força, do poder e de privilégio para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e a coletividade”*. A apropriação do tema pela saúde pública tem implicações e é implicada por uma conjuntura onde aspectos relativos a ele induzem a maiores riscos de adoecimento e morte. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em citação da mesma autora *“a violência, pelo número de vítimas e a magnitude das sequelas orgânicas e econômicas que produz, adquiriu caráter endêmico e se converteu em problema de saúde pública em vários países.*

No entanto, as tentativas de estruturar intervenções no sentido de prevenir violência e agravos dela decorrente são escassas no Brasil e quase sempre restritas ao campo judicial. No Brasil, violência ainda não é questão de saúde pública, ao contrário do que dizem alguns trabalhos esparsos, é, na vida diária que orienta os serviços de saúde, uma questão de polícia. Devido à complexidade do tema, que exige em sua completude abordagens interssetoriais de intervenção, campo em que as políticas em saúde brasileiras apenas tateiam, o aumento exponencial da violência tem alterado

drasticamente o perfil da mortalidade e morbidade em todo mundo (MINAYO, 1994; SARTI *et. al.* 2006; BRASIL, 2005).

Arendt (1990), em citação por Minayo (1999), reafirma o importante papel que a violência assume nas sociedades como orientadora de vários aspectos da vida coletiva. O mesmo autor considera que nenhum historiador ou politicólogo deveria ser alheio ao tema, haja vista sua importância. No entanto, tendo em vista as dimensões que o tema têm atingido e as contribuições que os vários campos de conhecimento têm ofertado, a construção conjunta de uma frente de combate multi-transdisciplinar deve emergir das discussões como ferramenta objetiva.

Apesar da vasta literatura que aborda a relação de violência contra a mulher, o tema violência contra o homem pouco surge no cenário científico, mais raro ainda se relacionado a questões de gênero, o que remete à relativamente recente inserção do Homem em discussões dessa natureza. Disso decorre a escassez em dados informativos de mortalidade e morbidade como indicadores de violência.

Violência contra homens é um caso singular. Primeiro pelo sentido que o termo e o assumir-se violentado adquirem no universo da masculinidade. Somado a isso incidem os escassos mecanismos sociais e políticos para identificação e punição dos casos. Em conjunto, esses dois fatores corroboram para uma situação de risco ao grupo às várias formas de violência.

Ao se inserir a construção da identidade masculina como parte da discussão da violência, passou-se a se ouvir o homem-agressor. Nesse processo de escuta, identificou-se que ele é parte de uma conjuntura de relações sociais que o torna igualmente agressor e vítima, em um processo de afirmação de sua identidade de gênero.

O presente trabalho visa abordar a epidemiologia da violência contra homens no Brasil e colaborar para a temática da violência sobre a ótica construção identitária masculina.

METODOLOGIA

Apesar de a base de dados utilizada ser bastante rica em informações, há falhas de notificação importantes que podem comprometer a totalidade da síntese e posterior análise. Apesar disso, como bem enfatizou Minayo (1994), quando as bases de dados eram bem mais restritas e consideravam apenas aspectos relacionados à mortalidade em decorrência geralmente de violência física, os dados coletados indicam uma tendência geral de apresentação da realidade.

Este trabalho trata-se de pesquisa epidemiológica descritiva e retrospectiva referente ao ano de 2011 através de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN/DATASUS, contextualizada por revisão bibliográfica com vistas à contribuir para a temática.

No primeiro momento, quantitativo, foram analisados dados referentes à Violência doméstica, sexual e outras formas de violência para o sexo masculino e ano de 2011 no Brasil. Foram consideradas as variáveis Unidade Federativa, Sexo, faixa Etária, Escolaridade, Tipo de violência, Forma da violência, Local de ocorrência, Agressor, Encaminhamento à serviços de saúde e Evolução do caso, agrupadas ou isoladamente.

Em um segundo momento, fora feito estudo bibliográfico integrativo na base de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Google Scholar através dos mesmos descritores Violência, Gêneros, Homem, Masculinidade, Epidemiologia e Políticas de saúde.

Como critério de inclusão/exclusão, foram considerados apenas artigos completos publicados em periódicos ou como capítulos de livro, em língua portuguesa ou espanhola. A revisão integrativa baseou-se na pergunta norteadora: quais os determinantes e/ou condicionantes da relação entre violência e masculinidade?

Os trabalhos foram selecionados através de busca ativa, onde, através de seus resumos, percebeu-se distanciamento ou aproximação com a temática e pergunta norteadora. Para síntese e análise dos dados, optou-se por uma abordagem quanti-qualitativa.

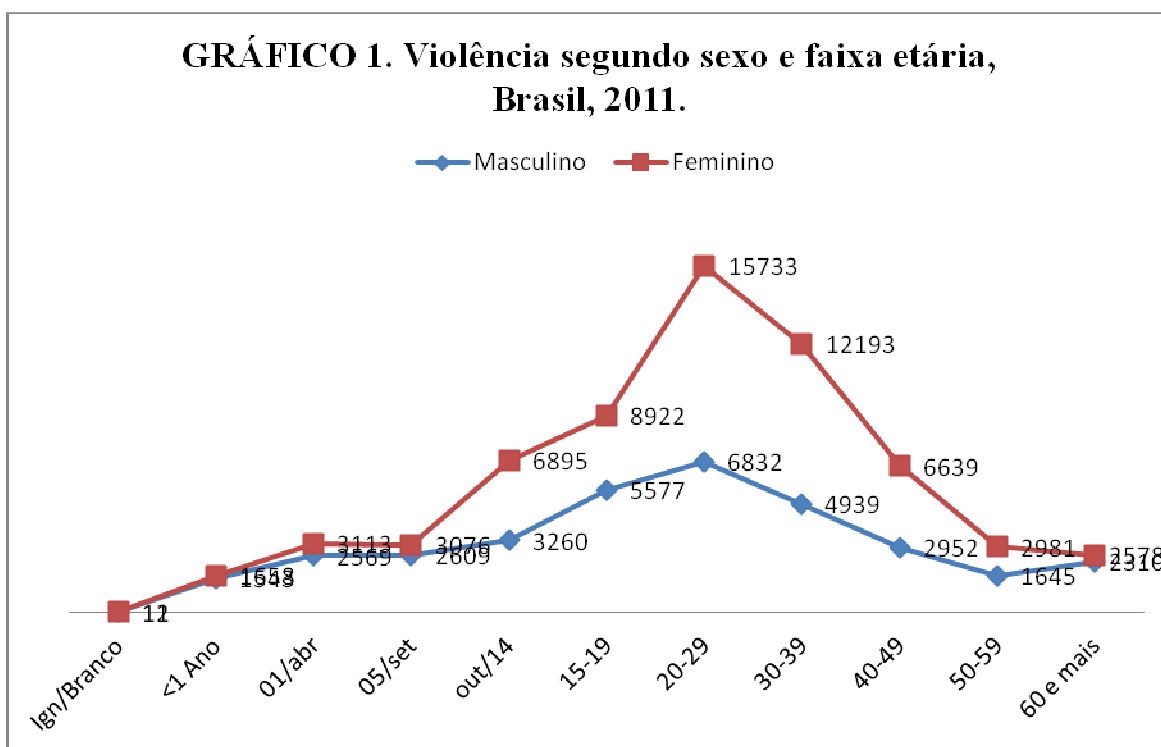
RESULTADO E DISCUSSÃO

Houve 98115 casos de violência registrados no Brasil no ano de 2011. Destes, 63000 recaíram sobre mulheres e 34247 sobre homens (SINAN/DATASUS). Apesar da imensa maioria dos casos serem representados pelo primeiro grupo, algumas características relacionadas à violência sobre homens merecem ser ressaltadas e analisadas.

O Estado com maior número de casos registrados foi São Paulo, seguido por Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Paraná e Bahia, que apresentaram mais de 1000 casos registrados para o ano, cada um. Os demais estados tiveram incidência menor.

São Paulo, apesar de ser o Estado com maior número de casos em valores absolutos, por ser a Unidade Federativa mais populosa, apresenta relativamente baixa

taxa de violência contra homens se comparado a Estados menos populosos como Paraná, Pernambuco e Bahia.

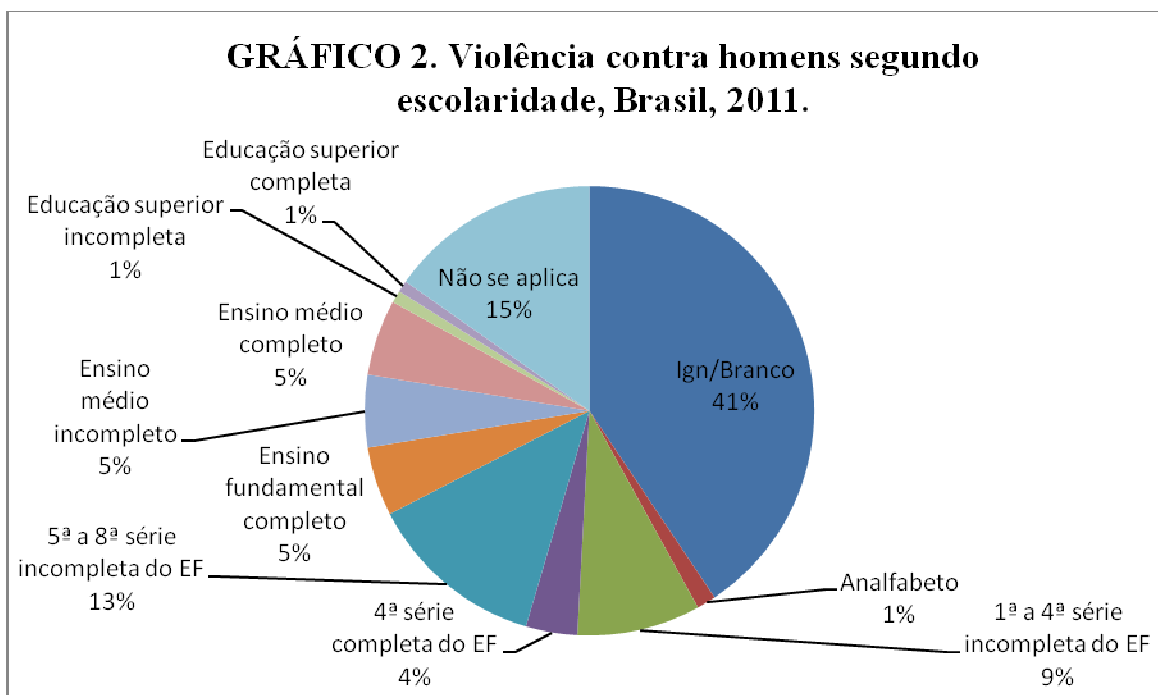


Fonte: SINAN/DATASUS

Quando se considera a relação entre sexo e escolaridade e casos de violência (Gráfico 1), percebe-se, para ambos os sexos, uma tendência geral de crescimento, sendo o sexo feminino (SF) exponencialmente maior que o masculino (SM) a partir dos 5 anos de idade, chegando ao pico de 15733 (24,97% dos casos SF) casos no intervalo 20-29 anos, coincidente com o período de maior incidência de casos em homens, 19,95% do total de casos no sexo masculino. Nos intervalos de idade entre 0-5 anos e 60 anos ou mais, não se percebe distinção significativa na incidência do agravo sobre os dois gêneros.

Pode-se perceber pela análise do gráfico acima dois pontos de inflexões importantes em 5 anos e no intervalo 15-19 anos. O primeiro pode ser justificado pela agressividade infantil, de marcada relação com o desenvolvimento cognitivo da criança. O segundo, por seu lado, está imbricado em um emaranhado de relações socioculturais, familiares, condições econômicas e fatores circunstanciais relativos à construção da identidade de gênero, que encontram na adolescência o substrato adequado ao afloramento dos conflitos e angustias da construção da identidade masculina ora vividos na infância. Debarbieux & Blaya (2002), em estudo aprofundado sobre os fatores de risco para a violência juvenil, assume fatores psicológicos como hiperatividade, impulsividade, controle comportamental deficiente e déficit de atenção como

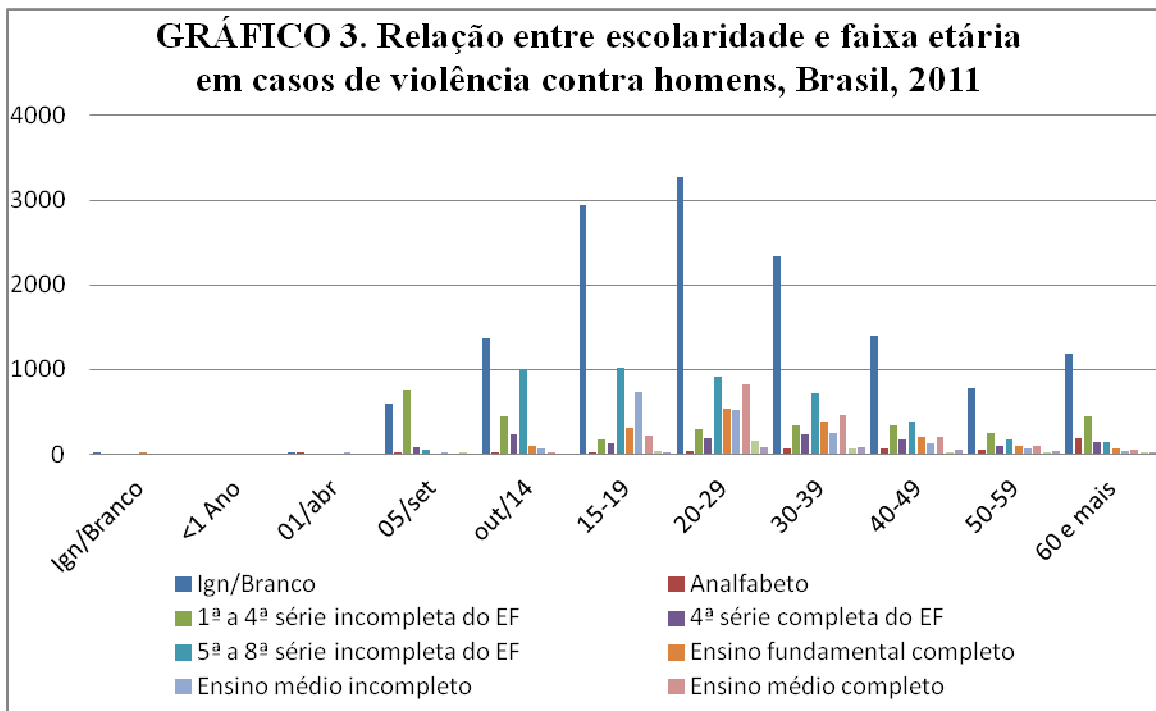
importantes ao período. Assumindo que a violência no contexto de Debarbieux *et. al.* é a violência cometida, seu estudo contribui ao quantificar fatores de risco específicos que justifiquem os achado do gráfico 1 (DEBARBIEUX & BLAYA, 2002; CECARELLI, 1998).



Fonte: SINAN/DATASUS

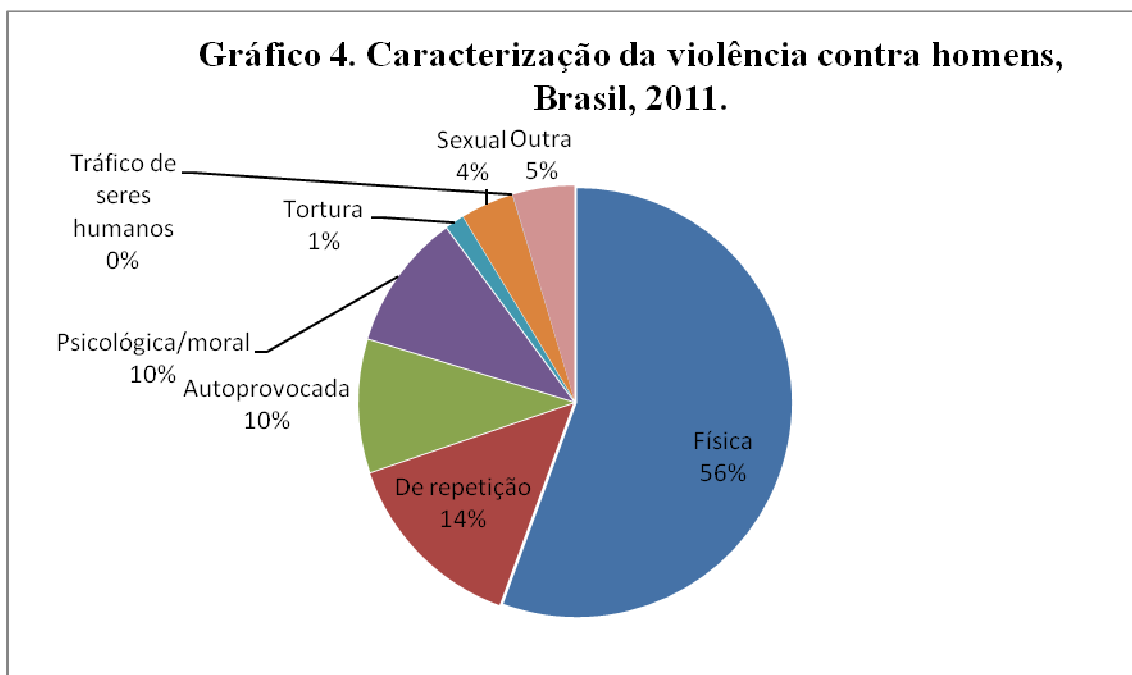
A relação entre violência e escolaridade é, na literatura, geralmente associada à delinquência. Isso remete ao fato bem estabelecido de que a violência ainda é quase que exclusivamente relegada ao campo da criminalidade, pouco sendo analisada na área da saúde pública. Mesmo os estudos que consideram a baixa escolaridade como fatores de risco descrevem-no risco quanto à criminalidade, descontextualizando ou despindo o indivíduo vítima e seu agressor do contexto socioeconômico e cultural no qual estão imersos.

No gráfico 2, de imediato, saltam aos olhos incríveis 41% de casos ignorados, revelando desinteresse subjetivo, dotado de sentidos, na especificação no ato da notificação dos casos. Ademais, observa-se maior incidência de violência em homens entre 5ª e 8ª séries incompletas, seguido por 1ª a 4ª séries incompletas. As taxas são inversamente proporcionais à escolaridade, assegurando que o ensino é fator de proteção à violência.



Fonte: SINAN/DATASUS

Na apresentação do gráfico 3 a relação entre escolaridade e faixa etária pode ser melhor avaliada quanto à incidência de casos de violência. Novamente, para todos os períodos avaliados, é imperativa a quantidade de casos ignorados ou em branco, principalmente no intervalo de maior incidência, dos 15-29 anos. Nesse gráfico, pode-se observar também maior incidência em grupos de menor escolaridade por intervalo de faixa etária.



Fonte: SINAN/DATASUS

Corroborando estudos anteriores, A violência física contra homens representa a forma mais frequente de violência (56%), seguido por violências de repetição (14%) e violência psicológica/moral e autoprovocada, representando 10% do total cada. Casos de tortura (1%) e violência sexual (4%) aparecem em menor monta.

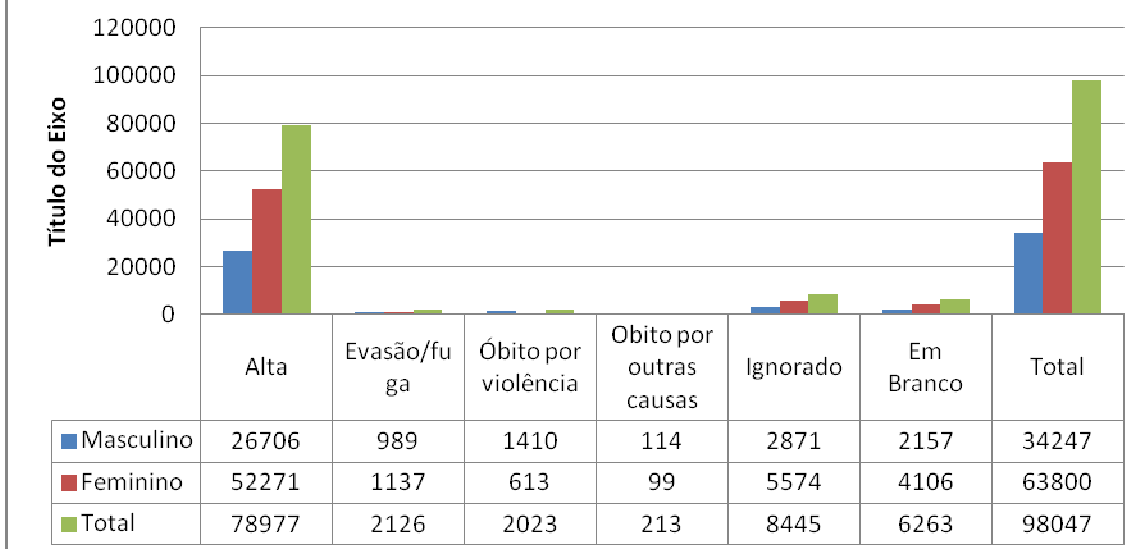


Fonte: SINAN/DATASUS

Os gráficos 4 e 5 deixam clara a ponte entre a epidemiologia da violência e a construção contemporânea da masculinidade. Dele, pode-se extrair que as maiores causas de violência contra homens são decorrentes de violência física (56%) de natureza passional, evidenciados pelo uso de força corporal/espantamento em 46,41% dos casos, seguido por objeto perfuro-cortante em 27,77% dos casos e arma de fogo em 10,18%.

Fatores importantes na construção de um ambiente social virtualmente violento, Michel Wieviorka (1997) e Blaya (2002), apontam o uso de álcool e outras drogas como ferramentas de vitimização de jovens pelo narcotráfico ou pela dependência química, sobretudo ao *crack*, que têm geralmente utilizado homens jovens no desempenho de suas atividades ilícitas como produto das desigualdades sociais em que o Brasil se encontra. Esse perfil de exclusão leva à centralização de renda e à busca por atividades informais e criminosas como forma de ascensão social. Essas razões levam a crer que a curva de letalidade em homens para o intervalo de 15-29 anos tenha se inclinado nos últimos anos em decorrência desse espaço social construído, complexo sobre o qual poucas políticas públicas em saúde se arriscam a interferir (SOUZA, 2005).

**Gráfico 6. Evolução de casos de violência segundo sexo
Brasil, 2011.**

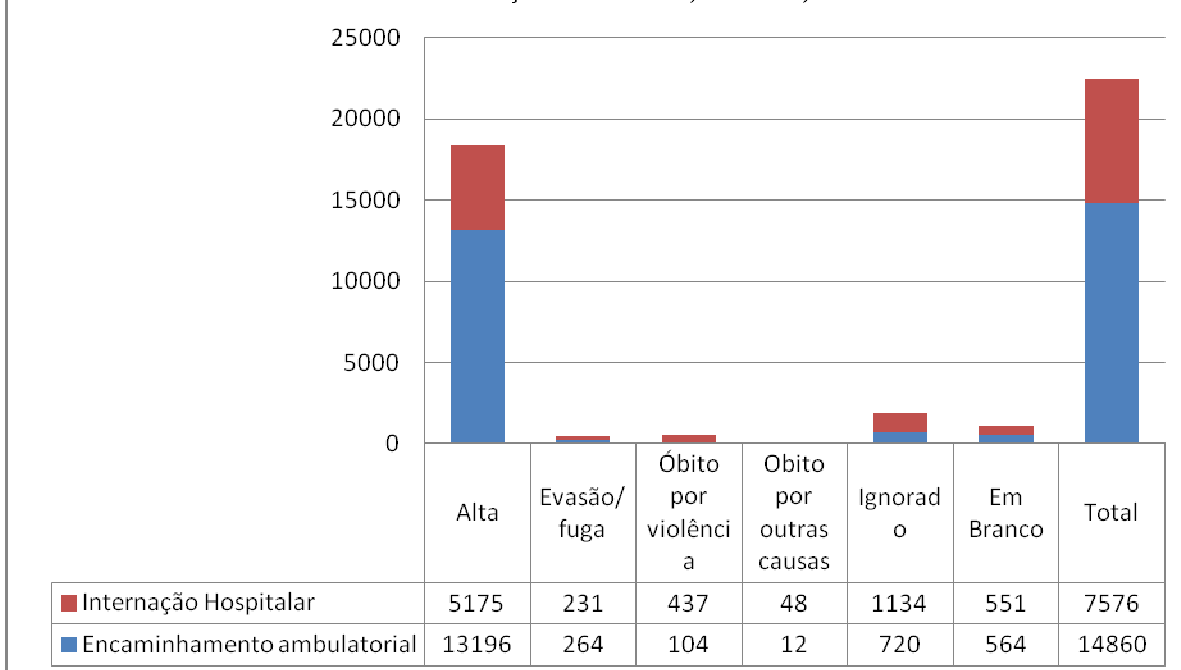


Fonte: SINAN/DATASUS

A vulnerabilidade de homens em relação à violência não letal se sobrepõe à das mulheres. As agressões sofridas por homens são sumariamente mais graves, demandam maior tempo de internação e tem o óbito como desfecho comum (SOUZA, 2005).

Quando se considera a mortalidade hospitalar masculina por causas externas no Brasil para o ano de 2011 como marcador de gravidade, a tendência dos anos anteriores de maior taxa de mortalidade para o grupo em estudo se mantém, sendo 17.942 (72,63%) óbitos masculinos (Taxa de 2,62) contra apenas 6.762 (27,37%) (taxa de 2,35) femininos. Esses dados corroboram para que a letalidade da violência contra homens (gráfico 6 e gráfico 7) que, agravo que, apesar de 53,68% menor no sexo oposto, têm mortalidade 2,3 vezes maior.

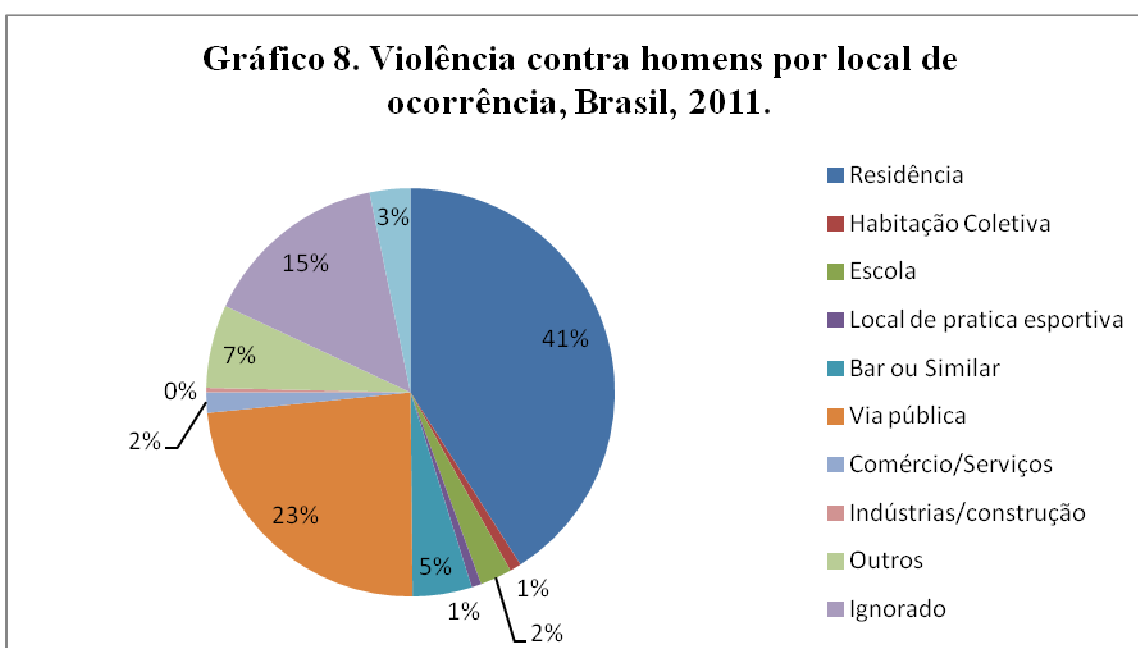
Gráfico 7. Relação entre encaminhamento aos serviços de saúde e evolução do caso, Brasil, 2011.



Fonte: SINAN/DATASUS

Dos casos de violência contra homens registrados no período, a grande maioria (66,23%) teve encaminhamento ambulatorial, local que representa a porta de entrada e primeira possibilidade (muitas vezes a única) de identificação do agravo. Situações que necessitaram de internação hospitalar representaram 33,77% do total de casos encaminhados a serviços de saúde para o período (N= 22436).

Gráfico 8. Violência contra homens por local de ocorrência, Brasil, 2011.



Fonte: SINAN/DATASUS

Souza (2005) já aponta a maior incidência de casos de violência contra homens em espaços públicos, o que vai de encontro às características da violência contra a mulher, fundamentalmente doméstica. No entanto, Souza considerou em seu estudo apenas casos de homicídios, desconsiderando a completude do agravo em questão.

Quando se estende a busca para outras formas de violência de notificação por números de casos e não por desfecho (Gráfico 8), percebe-se que há maior ocorrência na residência (41%), seguido por via pública (23%) e bar ou similares (5%). Enquanto a maior parte da violência contra a mulher é perpetrada por pessoas conhecidas, os casos de violência contra homens têm incidências com pouca divergência quanto ao praticante/agressor (N = 27017), se conhecido (21,72%) ou desconhecido (22,17%) da vítima (Gráfico 9).



Fonte: SINAN/DATASUS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação da identidade masculina com violência e exposição constante à riscos é parte constitutiva da construção social do gênero. Não se pode, todavia, entender a masculinidade como processo hegemônico; existem várias masculinidades que se contrapõe ao sentido intersubjetivo que comumente é associado ao ser masculino.

Os estudos que abordam as relações da violência com a identidade masculina são raros. Mais raros ainda são os que associam os homens não apenas como agentes opressores, extirpando-lhes a conjuntura socioeconômica e cultural na qual está imerso.

Se, por um lado, a forma dominante de entender/viver subjetivamente a masculinidade se associa a risco de oprimir ou de ser oprimido, por outro lado identificam-se dialeticamente contrapontos ao estabelecimento desse sentido. Deve-se trilhar, então, no caminho de desenvolver espaços onde outras masculinidades possam ser legitimadas, de forma a estruturar outros desdobramentos atribuídos, mesmo que minoritariamente, ao gênero masculino não relacionados à violência.

A construção de intervenções específicas no combate da violência partem, *a priori*, da caracterização do problema. No entanto, ações em saúde nesse sentido têm em geral se assentado apenas em aspectos criminalistas, constituindo-se recorte que não caracteriza a totalidade dos fatores que interferem no processo.

Nesse sentido, cabe entender a epidemiologia e os fatores sociais que determinam ou condicionam o agravo e sua dialética com a construção identitária masculina para só então se estruturarem políticas públicas de intervenção estruturantes, entendendo o homem como agente auto-reflexivo da agressão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **O impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

DEBARBIEUX, E.; BLAYA, C. **Violência nas escolas e políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002. 268p.

GOMES R., NASCIMENTO E.F., ARAÚJO F.C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Cad Saúde Pública 2007; 23:565-74.

GOMES R., NASCIMENTO E. F. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem saúde: uma revisão bibliográfica**. Cad Saúde Pública 2006; 22:901-11.

GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3):825-829, 2003

MINAYO, M. C. S. SOUZA, E. R. **É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1):7-32, 1999

MINAYO, M. C. S. **Social Violence from a Public Health Perspective.** *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (supplement 1): 07-18, 1994.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. **Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(7):1556-1564, jul, 2008.

RIOS, R. **Genero, salud y desarrollo: un enfoque em construcción**, pp. 3-18. In EG Gomez (org.). *Genero, mujer y salud en las Américas.* OPS/OMS, Washington, 1993.

SOUZA, E. R. **Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):59-70, 2005.

SARTI, C. A.; BARBOSA, R. M.; SUAREZ, M. M. **Violência e Gênero: Vítimas Demarcadas.** *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(2):167-183, 2006.

WIEVIORKA M. **O novo paradigma da violência.** *Tempo Social-Revista de Sociologia da USP* 9:5-41. 1997.