

A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública

Social Violence from a Public Health Perspective

Maria Cecília de S. Minayo¹

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

This article introduces the reader to the issue of social violence from a public health perspective. It analyzes the topic within society, in the field of health, as expressed by mortality and morbidity. It concludes with a focus on possible proposals by and between sectors, between professional fields, and through articulation with society and social movements.

Key words: *Violence; Health Policies; Public Health*

INTRODUÇÃO

Colocação do Problema

A violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. Não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente. Pelo contrário, a dialética do desenvolvimento social traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano, levando filósofos, como Engels, a afirmar que “*a história é, talvez, a mais cruel das deusas que arrasta sua carruagem triunfal sobre montões de cadáveres, tanto durante as guerras como em período de desenvolvimento pacífico*” (Engels, 1981: 187).

Desde tempos imemoriais existe uma preocupação do ser humano em entender a essência do fenômeno da violência, sua natureza, suas origens e meios apropriados, a fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social. O nível de conhecimento atingido, seja no âmbito filosófico, seja no âmbito das Ciências Humanas, permite inferir, no entanto, alguns elementos consensuais sobre o tema e, ao mesmo tempo, compreender o quanto este é controverso, em quase todos os seus aspectos.

É, hoje, praticamente unânime, por exemplo, a idéia de que a violência não faz parte da natu-

reza humana e que a mesma não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la, há que se apelar para a especificidade histórica. Daí se conclui, também, que na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual.

Na sua dialética de interioridade/exterioridade a violência integra não só a racionalidade da história, mas a origem da própria consciência, por isso mesmo não podendo ser tratada de forma fatalista: é sempre um caminho possível em contraposição à tolerância, ao diálogo, ao reconhecimento e à civilização, como o mostram Hegel (1980), Freud (1974), Habermas (1980), Sartre (1980), entre outros. Na sua complexidade, a violência deve ser analisada em rede, como adverte Domenach (1981: 40):

“Suas formas mais atrozes e mais condenáveis geralmente ocultam outras situações menos escandalosas por se encontrarem prolongadas no tempo e protegidas por ideologias ou instituições de aparência respeitável. A violência dos indivíduos e grupos tem que ser relacionada com a do Estado. A dos conflitos com a da ordem”

Dito de outra forma, se a violência faz parte da própria condição humana, ela aparece de

¹ Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública. Rua Leopoldo Bulhões 1480, 9º andar, Rio de Janeiro, RJ, 21041-210, Brasil.

forma peculiar (e captável nas suas expressões mais visíveis) em sociedades específicas, trazendo para o debate público **Questões Fundamentais**, em **Formas Particulares**, e **Questões Sociais**, vivenciadas **individualmente**, uma vez que somos, enquanto cidadãos, ao mesmo tempo sujeitos e objetos deste fenômeno.

Num esforço de trazer o tema para a reflexão científica, consegue-se hoje apresentar uma classificação bastante geral, mas que permite, pelo menos, não reduzi-lo ao mundo da delinquência, conforme mostrado a seguir.

Violência Estrutural

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

Violência de Resistência

Constitui-se das diferentes formas de resposta dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural. Esta categoria de pensamento e ação geralmente não é “naturalizada”; pelo contrário, é objeto de contestação e repressão por parte dos detentores do poder político, econômico e/ou cultural. É também objeto de controvérsia entre filósofos, sociólogos, políticos e, na opinião do homem comum, justificaria responder à violência com mais violência? Seria melhor a prática da não-violência? Haveria uma forma de mudar a opressão estrutural, profundamente enraizada na economia, na política e na cultura (e pereneamente reatualizada nas instituições), através do diálogo, do entendimento e do reconhecimento? Tais dificuldades advêm do fato de a fonte da ideologia da justiça, da mesma forma que qualquer outra ideologia, estar em relação dinâmica

com as relações sociais e com as condições materiais. Na realidade social, a violência e a justiça se encontram numa complexa unidade dialética e, segundo as circunstâncias, pode-se falar de uma violência que pisoteia a justiça ou de uma violência que restabelece e defende a justiça (Denisov, 1986).

Violência da Delinquência

É aquela que se revela nas ações fora da lei socialmente reconhecida. A análise deste tipo de ação necessita passar pela compreensão da violência estrutural, que não só confronta os indivíduos uns com os outros, mas também os corrompe e impulsiona ao delito. A desigualdade, a alienação do trabalho e nas relações, o menosprezo de valores e normas em função do lucro, o consumismo, o culto à força e o machismo são alguns dos fatores que contribuem para a expansão da delinquência. Portanto, sadismos, seqüestros, guerras entre quadrilhas, delitos sob a ação do álcool e de drogas, roubos e furtos devem ser compreendidos dentro do marco referencial da violência estrutural, dentro de especificidades históricas.

Contribuindo para a reflexão acadêmica sobre o tema, Da Matta (1982) recomenda a seguinte postura metodológica relacional e dialética:

- a. em primeiro lugar, adotar uma perspectiva histórica na análise, isto é, especificar a sua dinâmica no tempo e no espaço, correlacionando-a com outros fatores, sem abandonar o seu caráter de universalidade e abrangência;
- b. evitar uma discussão de viés valorativo e normativo, ou seja, um discurso a favor ou contra, que dificulta o entendimento do fenômeno. Assim, como todo fenômeno social, a violência é um desafio para a sociedade, e não apenas um mal. Ela pode ser elemento de mudanças;
- c. relacionar o crime à norma; o desvio à regra; o conflito à solidariedade; a ordem à desordem; o cinismo à consciência e ação sociais. Porque o crime e o castigo, a ordem e a desordem, a violência e a concórdia revelam, também, as formas de propriedade e de governo, bem como as leis do mercado.

A VIOLÊNCIA SOCIAL SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE PÚBLICA

Como se viu na primeira parte deste trabalho, a violência não é um problema específico da área da saúde. No entanto, ela afeta a saúde. Como afirma Agudelo (1990), “*ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima*”. Ou como analisa a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em seu último documento sobre o tema: “*a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países*” (...) “*O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social*” (Opas, 1993: 01).

Apesar da afirmação de William Forge, Diretor Executivo do Centro Carter, no *New England Journal of Medicine* em 1987, citada na revista *Salud Mundial* (1993), de que “*desde tempos imemoriais as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortalidade permatura*”, a violência, enquanto tema, só encontra espaço na agenda da **Saúde Pública** no final dos anos 80. Sua inclusão como problema de saúde fundamenta-se no fato de as mortes e traumas ocorridos por causas violentas virem aumentando a passos alarmantes na região das Américas, contribuindo para anos potenciais de vida perdidos e demandando respostas do sistema.

Na década de 90, a preocupação com o tema ganha prioridade nas agendas das organizações internacionais do setor. Em 1993, o Dia Mundial da Saúde teve como mote para sua comemoração a “Prevenção de Acidentes e Traumatismos”. Na revista *Salud Mundial* de janeiro e fevereiro de 1993, Hiroshi Nakajima, Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) abriu o Editorial dizendo: “*a vida é frágil, rechacemos a violência e a negligência*” (Nakajima, 1993: 03). Em junho de 1993, a Opas, na

sua XXXVII Reunião do Conselho Diretor, decidiu instar aos governos membros que estabeleçam políticas e planos nacionais de prevenção e controle da violência, com a colaboração de todos os setores sociais envolvidos. Em 1994, a Opas elaborou um plano de ação regional, dando prioridade a este tema em sua atuação.

No Brasil, há vários anos vêm sendo realizadas pesquisas sobre problemáticas específicas e regionais. Citam-se aqui apenas alguns exemplos: Yunes & Primo (1983); Szwarcwald, (1985); Santos et al. (1985); Mendes (1976); Medrado Faria (1983); Laurenti et al. (1972); Koifmam et al. (1983); Cassorla (1984); Barros, (1984); e Cohn (1986). Mas é também no final dos anos 80 que se iniciam estudos mais integrados, articulando reflexões da Filosofia, das Ciências Humanas e da Epidemiologia. Hoje, ainda que informalmente, há uma rede de comunicação e de informação que potencializa as pesquisas e descobertas na área da saúde. Há, contudo, muito a ser implementado, tanto no que concerne a investigações como a propostas de ação e de intervenção nos serviços. Da mesma forma que na região das Américas como um todo, aqui, no Brasil, a focalização sobre a área da violência vem do impacto cada vez maior que ela representa na vida da população, bem como, por extensão, no setor saúde.

Tradicionalmente, a violência vem sendo tratada nas investigações através dos estudos de **Mortalidade**, sendo muito precários ou quase inexistentes os sistemas de informação sobre **Morbidade**. Apesar, porém, da falta de integração e da escassez dos dados, o que já se possui permite inferir hipóteses; avançar conclusões, ainda que provisórias; apontar tendências; e, a partir daí, propor ações. Neste artigo busca-se mapear o estado da arte, ora citando dados sobre o país, ora pedindo auxílio à literatura internacional.

Considerações sobre Dados de Mortalidade

As mortes por violência estão incluídas, na Classificação Internacional de Doenças (CID), no grande grupo das Causas Externas (E800-E999). Esta categoria, para o estudo da violên-

cia, é muito limitada. Primeiro, porque, como explica Mello Jorge (1989), sua operacionalização se faz apenas através dos efeitos que se apresentam sobre as pessoas atingidas por lesões e mortes. Em consequência, a denominação “causas externas” carrega uma suposta assepsia, na medida em que não expressa os conteúdos essenciais dos conceitos já melhor construídos pela Filosofia e pelas Ciências Humanas sobre a violência. Por exemplo, ela traz problemas quando se trata de decidir o caráter de acidentalidade ou direcionalidade dos atos, a legalidade ou a arbitrariedade das ações. Ademais, a categoria “causas externas” é pouco rigorosa, porque compreende, em seu interior, uma amplitude excessiva de eventos e processos. Aí estão incluídos todos os tipos de acidentes (E800-E949); suicídios (E950-E959); homicídios e lesões intencionalmente infligidas (E960-969); intervenções legais (E970-E978); lesões resultantes de operações de guerra (E990-E999); e lesões que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas (E980-E989). A complexidade das manifestações da violência, por outro lado, não permite uma classificação muito precisa e, ao mesmo tempo, compreensiva. Tal imprecisão fica ainda mais clara quando se trata da classificação de morbidade, fazendo que, nesta classificação, o fenômeno ao mesmo tempo se singularize, se confunda e se exclua. Por exemplo, num acidente de trânsito pode-se ter uma tentativa de homicídio ou de suicídio associada, acompanhar-se de feridas corto-contusas, quedas, agressão, fraturas ou traumas. A morte de uma criança de 0 a 4 anos, cuja causa registrada no atestado de óbito é, por exemplo, queda, pode esconder um homicídio, como o assinala Mello Jorge (1988), e assim por diante.

Este reparo inicial tem a finalidade de deixar muito claro que os dados sobre violência são por natureza problemáticos, provisórios e tentativos, não podendo os mesmos pretender traduzir a verdade. Haverá em relação a eles sempre um campo de controvérsias necessárias, porque, como diz Denisov (1986: 38) “*existem multidões de fatores os mais diversos que incidem simultaneamente sobre a conduta humana e todos os motivos do comportamento e da ação violenta passam pela mente*”. No entanto, não se pode, definitivamente, menosprezar a colaboração dos estudos epidemiológicos,

que permitem apontar a magnitude do fenômeno e suas tendências, compondo, assim, um quadro diagnóstico para a ação. É neste sentido que se resumem, a seguir, algumas indicações sobre o caso do Brasil, onde a violência passou a ocupar um lugar de destaque na agenda da Saúde Pública.

De 2% no total da mortalidade geral em 1930 (Prata, 1992), a violência subiu para 10,5% em 1980; 12,3% em 1988 (Minayo & Souza, 1993); e 15,3% em 1989 (Souza & Minayo, 1994), correspondendo, no final da década, à segunda causa de óbitos no país, abaixo apenas das doenças cardiovasculares.

O perfil da mortalidade por causas externas no Brasil segue a tendência mundial, em termos de maior incidência sobre o sexo masculino e faixas etárias jovens, estando mais concentrada em regiões metropolitanas. Em 1989, num total de 101.889 óbitos (excluindo-se 111 de sexo ignorado), 82,9% das vítimas eram homens e 17,1% mulheres, numa razão de quase cinco óbitos masculinos para cada óbito feminino. Esta relação varia conforme as faixas etárias e causas específicas. Por exemplo, no caso dos homicídios, a razão é de 10 mortes masculinas para cada óbito feminino.

No entanto, é necessário chamar a atenção para as peculiaridades do quadro brasileiro. Em primeiro lugar, o perfil aqui é configurado, majoritariamente, pelos acidentes de trânsito e pelos homicídios. No que tange ao primeiro, diferentemente dos países chamados desenvolvidos, onde a maioria das mortes é motivada por colisões de veículos, no Brasil as vítimas são principalmente pedestres e morrem por atropelamento. Os homicídios, com baixas taxas nos países europeus (e em crescimento na América do Norte), representam aqui, dentre as causas que conformam a classificação da violência, a que mais se elevou nos últimos anos, liderando a tendência crescente das causas externas na mortalidade geral, como pode-se notar pelos dados de Souza & Minayo (1994) para a década de 80, apresentados a seguir:

a. no amplo período de 5 a 49 anos de idade, as mortes violentas ocupam o primeiro lugar, respondendo por 47% na faixa de 5 a 9 anos; 54,6%, de 10 a 14 anos; 70,8%, de 15 a 19 anos; 65,9%, de 20 a 29 anos; 41,1%, de 30 a 39 anos; e 20,6%, de 40 a 49 anos;

- b. há um deslocamento, na década, da incidência de homicídios para faixas etárias mais jovens, apesar de a maior proporção encontrar-se no grupo de 20 a 29 anos, tanto na população em geral como em ambos os sexos. No total da população houve um incremento proporcional de 79,5% na faixa de 10 a 14 anos de idade nos dados de 1989 em relação aos de 1980, sendo o mesmo 45,3% no grupo de 15 a 19 anos. Observando-se este fenômeno por sexo, o crescimento proporcional foi de 93,3% entre homens e de 43,9% entre mulheres de 10 a 14 anos;
- c. os dados indicam também uma elevada proporção de mortes violentas entre mulheres acima de 60 anos, provavelmente vítimas de quedas e acidentes de trânsito, e um crescimento proporcional de 65,2% no percentual de óbitos por violência na faixa etária de 0 a 4 anos entre o início e o final da década, grupo onde o número maior de vítimas também são mulheres.

No Brasil, como já se assinalou, as Regiões Metropolitanas são as que concentram a maior proporção da mortalidade por violência em todas as causas específicas (homicídios, acidentes e suicídios) e em todas as faixas etárias. É neste espaço humano-social que se observam também as maiores proporções de crescimento dos óbitos por causas externas, lideradas, durante a década, por Recife, Salvador e São Paulo, nesta ordem. No Rio de Janeiro, a mortalidade por violência permanece com taxas elevadas durante todos os anos da década de 80, apresentando a particularidade de ter os homicídios como a principal causa específica no conjunto dos óbitos também durante toda a década, passando de 33,4%, em 1980 (em contraposição aos 30,45% dos acidentes), para 45,19%, no final de 1988 (contra 31,21% dos acidentes). Esta persistente supremacia dos homicídios, no perfil das mortes violentas no Rio de Janeiro, difere do que se observa nos dados para o Brasil, onde, no mesmo ano, os óbitos por violência no trânsito corresponderam a 29,3%; os homicídios, a 24,1%, e as outras violências, a 15,4%.

Na década de 80, as médias das proporções por causas específicas foram as seguintes: acidentes de trânsito, 28,3%; homicídios,

22,3%; outras violências, 16,2%; afogamentos/sufocações, 8,5%; suicídios, 5,3%; quedas, 3%; acidentes por fogo e chamas, 1,7%.

Considerando-se os homicídios como a causa específica com maior tendência ao crescimento, convém observar que, como em outros países, este fenômeno está associado ao incremento do uso de armas de fogo, apontadas em 47,3% dos casos notificados. Este incremento, visível na década, interfere em todos os dados de mortalidade por causas externas, ou seja, nos homicídios, suicídios e acidentes. Em 1980 foram notificadas 2.515 mortes nas capitais das Regiões Metropolitanas envolvendo armas de fogo, o que representava 14,5% dos 17.305 óbitos por causas externas. Em 1989 houve 6.265 mortes por este meio, significando 26% dos 24.095 óbitos por violência. As capitais onde este crescimento foi mais intenso são, pela ordem, o Rio de Janeiro, que passou de 28,5% (mortes por armas de fogo), em 1980, para 46,8%, em 1989; Recife, onde a proporção se elevou de 19,7% para 38,2%; Salvador, que saltou de 7,2% para 23,5%; e Porto Alegre, que subiu de 11,1% para 26,4%.

As indicações acima, que serão amplamente analisadas no conjunto de textos deste número temático, padecem de um problema crônico específico da mortalidade por violência, além de todos os outros já assinalados: a subnotificação. Por envolver aspectos conflitivos nas relações sociais entre beligerantes, bem como implicações legais relacionadas às informações policiais e médicas, uma grande parte dos dados cai num buraco negro de “outras violências” ou “lesões que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas”. Uma parcela não-desprezível dos homicídios, porém, não é nem mesmo notificada, sobretudo nos casos de extermínio, onde desaparecem, sem vestígios dos corpos, as vítimas fatais.

Morbidade por Violência

Se é difícil apresentar dados conclusivos sobre a **mortalidade**, é muito mais problemático ainda dimensionar a **morbidade** por violência.

O cuidado em dissertar sobre o tema tem várias razões, das quais se mencionam algumas. Em primeiro lugar, existe uma escassez total de

estudos, muito maior que no caso da mortalidade. Apenas alguns temas — como a violência contra a criança e, ultimamente, contra a mulher, bem como seu impacto sobre a saúde — têm sido estudados, embora de forma inicial. Em segundo lugar, mesmo quando há pesquisas, fundamentadas em notificações dos sistemas de saúde e policial, nem todos os lesados recorrem ao serviço público. Além disso, os traumas físicos, psicológicos, morais e relacionais são muito mais amplos e complexos do que as notificações conseguem captar. Mello Jorge (1979) e Yunes (1993) citam Wheatley, segundo o qual, para cada morte atribuível a um acidente, ocorrem 200 casos de lesões não-mortais geradoras de seqüelas e incapacidades prematuras. Em terceiro lugar, da mesma forma que nos casos de mortalidade, mas com mais justificativas e maior freqüência, existem negociações e pressões, por parte das vítimas e parentes e/ou interessados, no sentido de evitar notificações que tragam possíveis transtornos legais. Por último, mas não menos importante, um caso de morbidade quase nunca pode ser contido em apenas uma rubrica. Por exemplo, um trauma provocado por violência no trânsito pode ser uma tentativa de homicídio ou suicídio, pode ter implicado em queda, trazer seqüelas psicológicas, etc. Da mesma forma, um “acidente de trabalho” pode representar fraturas várias, queimaduras, quedas, lesões físicas e psicológicas. Assim, a classificação que supostamente permitiria dimensionar a morbidade é insuficiente na prática, porque ela ao mesmo tempo contém e inibe, revela e mascara a compreensão do fenômeno, como mostra empiricamente o trabalho de Skaba (1993).

De qualquer maneira, há como, em largos traços, identificar fenomenicamente os efeitos da violência social através do mapeamento da morbidade, e é isso que se tenta aqui. Alguns itens que compõem o quadro gerador da morbidade por violência podem ser mencionados: violência das guerras e aquela provocada por seus efeitos; violência interpessoal; brigas por motivos passionais; conflitos entre gangues e quadrilhas; tentativas de suicídio; acidentes de trânsito; conflitos intrafamiliares, atingindo sobretudo as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos; acidentes de trabalho; violência contra a população que vive nas ruas;

acidentes e negligências, provocando lesões e envenenamentos, sobretudo no lar. Sobre a maioria desses temas ainda não há estudos nacionais, embora seus efeitos sobrecarregem os serviços de saúde. Situam-se aqui apenas algumas informações ilustrativas:

1. Jurgensen (1993) estima que, para 10.000 pessoas que morrem no trânsito, 50.000 resistem com seqüelas, cujos custos de tratamento e reabilitação são elevadíssimos;
2. Mohan (1993) estima que 1 em cada 10 trabalhadores, nos chamados países desenvolvidos, são vítimas de lesões nos ambientes de trabalho, as quais os incapacitam pelo menos por 1 dia, enquanto Machado & Minayo Gomez (1994), utilizando-se de dados da Previdência Social brasileira, estimam que, para cerca de 5.000 acidentes fatais, há 1 milhão de acidentados (incluídos no sistema) que requerem algum cuidado médico e reabilitação;
3. Marques (1993), estudando acidentes por envenenamento humano no Brasil de 1987 a 1991, mostra que o maior percentual de eventos mórbidos exige a atenção dos serviços de saúde e é proveniente de intoxicação por medicamentos (38,5%) e produtos de limpeza (6,4%), sendo que 52% das ocorrências atingem crianças de 1 a 5 anos;
4. A Associação Brasileira de Crianças Abusadas e Negligenciadas informa que, em 1992, no Brasil, houve cerca de 4,5 milhões de crianças vítimas de violência. Estudos de Assis (1991) e Deslandes (1993) mostram, em abordagens espacialmente localizadas, que 33% das crianças e adolescentes relatam o padecimento de atos violentos nas suas relações com os pais. Agudelo (1989) comenta um estudo realizado num hospital de Cali, na Colômbia, que aponta 41/1.000 dos pacientes pediátricos atendidos com diagnóstico de problemas de maus-tratos. O autor relata também uma pesquisa realizada num hospital de Medellín, na Colômbia, para os anos de 1987 e 1988, onde foi constatado que 73,8% das crianças maltratadas que recorreram aos serviços pertencem a famílias vivendo com menos de um salário mínimo, juntando-se, assim, a violência estrutural e a violência doméstica;

5. Heise (1993), num estudo sobre violência contra as mulheres e saúde, informa que 35% das mulheres que recorrem aos hospitais nos Estados Unidos apresentam indícios de maus-tratos. Acrescenta, também, que estudos realizados neste país demonstram que as mulheres maltratadas estão quatro a cinco vezes mais expostas a tentativas de suicídio, depressão, dores crônicas e uso de álcool ou drogas. Os maus-tratos propiciam gravidez e maternidade com risco, e duplicam o risco de aborto e de nascimento com baixo peso;
6. Wolf (1994), numa revisão de várias pesquisas canadenses sobre violência contra os idosos, estima que, naquele país, de 4% a 10% destes sofrem uma ou mais formas de abuso, sendo as mais freqüentes de origem financeira (12,5%), verbal (1,4%) ou física (0,5%). Através da síntese dos dados de 30 investigações, o Congresso Americano também conclui que cerca de 4% da população de idosos do país (mais de 1 milhão de pessoas) são atropelados física, emocional e financeiramente por familiares e conhecidos. No Brasil, a ausência de estudos não tolhe pensar sobre a situação, utilizando-se os dados de mortalidade da população de mais de 60 anos, onde as altas taxas de causas externas estão vinculadas a atropelamentos e quedas. A situação do serviço público de saúde e a proporção dos que recebem um salário mínimo de aposentadoria (73%) sugerem a dimensão da tragédia;
7. Minayo e pesquisadores do Claves (1993) analisam a situação de famílias e crianças que vivem nas ruas como uma expressão da violência estrutural, combinada com a exacerbção de conflitos familiares. Do ponto de vista mais restrito da saúde, relatam a elevada freqüência de invalidez entre homens, resultantes de ferimentos por armas de fogo e arma branca, durante agressões em brigas de rua, além de seqüelas de enfermidades como poliomelite e diabetes. Cinqüenta por cento dos adultos e crianças entrevistados referem-se ao uso do álcool, associado a comportamentos violentos. A maioria menciona problemas mentais, desejo e tentativas de suicídio, bem como consumo de substâncias tóxicas, relacionados à sua situação de vida miserável. Num total de 63

famílias ouvidas houve relato de 14 homicídios de familiares (22%), sendo 9 (14,3%) referentes a menores de 18 anos.

O mapeamento das questões acima revela a amplitude da agenda que a violência coloca para a Saúde Pública. Em síntese, além dos efeitos diretos e indiretos, físicos e simbólicos, sobre a população, os problemas classificados na rubrica “causas externas” congestionam serviços de saúde, aumentam os custos globais da atenção e afetam a qualidade da cobertura. O atendimento imediato às vítimas e todo o esforço de reabilitação e readaptação representam, hoje, em países como o Brasil, uma sobrecarga dos serviços de emergência dos hospitais gerais, dos centros especializados e dos institutos médico-legais, indicando a necessidade de adequação de recursos humanos e de equipamentos ao crescimento da demanda.

Não se pode omitir, também, um efeito por vezes difuso, por vezes direto, que a violência provoca sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo quando os conflitos por eles atendidos afetam os profissionais, pelo amedrontamento, pelas ameaças, pelos danos físicos e/ou psicológicos. Tais situações são hoje freqüentes nos hospitais de emergência, nos serviços de emergência dos hospitais gerais e, até, nos centros de saúde.

O PAPEL DO SETOR SAÚDE FRENTE À VIOLÊNCIA

A área da saúde tem, tradicionalmente, concentrado seus esforços em atender os efeitos da violência: a reparação dos traumas e lesões físicas nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações. Ultimamente, sobretudo em relação a alguns agravos, como violência contra a criança e a mulher, começa a haver uma abordagem que inclui aspectos psicossociais e psicológicos, tanto em relação ao impacto sobre as vítimas. Como no tocante aos fatores ambientais e à caracterização dos agressores (Vethencourt, 1990; Costa, 1986).

Mas existe hoje, uma consciência e um impulso da Saúde Pública para, além de adequar-se, no que se refere a equipamentos e

recursos humanos, à demanda crescente dos serviços de atenção, voltar sua atenção para o campo da **Prevenção**. Países como os Estados Unidos e o Canadá há uma década estão atuando nesta direção, levados pelo reconhecimento de que, na região das Américas, a violência é, hoje, a principal causa de mortes prematuras, lesões, traumas e incapacitações (Opas, 1994; Mercy, 1993; Souza & Assis, 1989), com altíssimos custos financeiros e sociais.

A prevenção da violência da Saúde Pública, de um lado, capitaliza toda a experiência do setor nas tentativas de erradicar doenças (Mercy, 1993); por outro lado, não pode seguir simplesmente o mesmo modelo de atuação. É sobre esta segunda condição que recaem as principais críticas atuais às tentativas americanas de prevenção (Moore, 1993). A complexidade real da experiência e do fenômeno da violência exige a ultrapassagem de simplificações e a abertura para integrar esforços e pontos de vista de várias disciplinas, setores, organizações e comunidades. Exige, também, que as pesquisas científicas forneçam informações essenciais para a implementação de políticas, estratégias de prevenção e métodos capazes de criar dados mais fidedignos, e avaliação da efetividade das ações.

Ora, tais condições demandam a compreensão de que os fatores de risco e, em consequência, as estratégias de prevenção estão ligados a causalidades específicas e, ao mesmo tempo, a fatores gerais dinâmicos e potencializadores, de difícil dimensionamento, como se tenta explicitar a seguir:

1. Tomando-se a causa específica de mortalidade em maior crescimento hoje no Brasil — os homicídios — como preveni-los? Correndo o perigo de não ser exaustiva e abrangente, pode-se, pelos diagnósticos já existentes, determinar o principal grupo de risco: a população jovem, de baixa renda, baixa qualificação profissional e sem perspectivas no mercado de trabalho formal, vivendo nas Regiões Metropolitanas. São membros das camadas sociais em total exclusão, que conforme cita Vethencourt (1990), nunca teriam se exposto à delinquência se tivessem outras opções mais atraentes para suas vidas. As causas estão associadas às extremas desigualdades sociais, que se aprofundaram

ainda mais a partir da década de 80; (Minayo, 1993); à existência de um estado omissivo e ineficiente na dotação de políticas sociais básicas; às contradições urbanas e de políticas no campo; em síntese, à ausência de um projeto nacional capaz de integrar o grande grupo de risco. Esta situação estrutural é agravada, conjuntamente, pela organização do crime em torno do narcotráfico e do uso de drogas nos grandes centros urbanos, fenômeno que, além de atrair grandes contingentes de jovens, envolve autoridades públicas e empresários, penetrando em todas as camadas sociais. A **prevenção dos homicídios**, portanto, passa por uma mudança mais profunda do estado e da sociedade, sobretudo por um processo de democratização política, social, econômica e cultural, onde o setor saúde entra como comparsa de um projeto de nação capaz de avançar na cidadania e na equidade.

2. A violência no trânsito é o ponto negro mais destacado nas estatísticas de causas externas no Brasil. Os grupos de maior risco são também os jovens de 20 a 29 anos, mas chama a atenção a incidência sobre a faixa de 5 a 14 anos, idade escolar, onde é a primeira causa de morte, e sobre os idosos de mais de 60 anos. Diferentemente dos homicídios, que demandam ações complexas de ordem estrutural e conjuntural, a questão do trânsito é muito mais passível de prevenção, exigindo, obviamente, vontade política e atuação coordenada. A atenção a este problema tem de articular, conjuntamente, (a) controle dos desenhos dos carros, buscando uma segurança cada vez maior; (b) controle de velocidade e da propaganda de velocidade, erroneamente considerada como valor positivo dos carros e dos usuários; (c) controle, através de dispositivos, das estradas e das ruas, nos pontos que oferecem maior risco; (d) conservação das estradas e das ruas; (e) controle e punição dos motoristas em relação à ingestão de bebidas alcoólicas e excesso de velocidade; e (f) orientação e educação para o trânsito. Vários países do mundo (Mercy, 1993; Got, 1993) têm empreendido verdadeiras cruzadas preventivas (com resultados imediatos sobre o perfil de morbi-mortalidade), articulando a Saúde Pública, a Engenharia, a Educação, a segurança pública, as empresas e as organizações civis.

3. Outro item preocupante no tema em pauta é a violência intrafamiliar, que também tem causado mortes, incapacitações e infinitas implicações sobre o incremento da violência (Flitcraft, 1993; Assis, 1991; Minayo & Assis, 1993; Mello Jorge, 1988), bem como outras de ordem emocional, social e cultural. Os grupos de maior risco são, pela ordem, as crianças e os adolescentes, as mulheres, e os idosos. Dada a longa experiência da Saúde Pública na intervenção comunitária, este é um âmbito onde ela pode lograr êxito, caso se articule ao serviço social e de orientação familiar, como também aos profissionais de saúde mental, em sua atuação de prevenção em todos os níveis, como se vê no trabalho de Olds (1986). Os dados que se tem hoje, no país, sobre este tipo de violência são escassos e pobres, por se tratar de um problema onde a prevenção tem que atuar, em primeiro lugar, na **sensibilização** e no **avanço da consciência social**. Os métodos e técnicas para os profissionais de saúde, junto com outros setores e com as comunidades locais, têm se revelado eficazes quando avaliados (Deslandes, 1993), sobretudo na quebra do ciclo repetitivo, que contribui para alimentar a violência social em geral (Widom, 1986).

4. A violência no trabalho, que tem baixa incidência nas estatísticas de mortalidade, mas que contribui, através da morbidade, para incalculáveis custos econômicos e sociais na área da saúde, também pode ser prevenida, modificando-se seu perfil. As populações de risco — os trabalhadores ativos —, através de suas organizações, são os principais protagonistas da prevenção. A luta por mudanças nos processos de trabalho e nas relações de produção, bem como por salários capazes de garantir a sobrevivência e a qualidade de vida, garantias fundamentais da saúde e da segurança, pode no entanto, ser impulsionada pelo setor saúde.

A atuação mais eficaz concentra-se, hoje, na realização de estudos-diagnósticos sobre situações específicas e no estabelecimento da vigilância e do monitoramento de mudanças de processos e ambientes, articulando sanitaristas, trabalhadores, empresários e autoridades públicas.

5. A Opas, em seu documento “Resolução XIX:

Violência y Salud” (Opas, 1993), chama a atenção para alguns fatores de risco que devem ser objetos de prevenção primária: armas de fogo, abuso do álcool e de outras substâncias, e a televisão.

No primeiro caso, a situação do Brasil é preocupante, porque os dados mostram o crescimento em mais de 90%, do início para o fim da década, do uso de armas de fogo na mortalidade geral por violência. A posse de armas pela população fornece uma falsa sensação de segurança, segundo estudos realizados com a população norte-americana (Taubes, 1992; Kallermann & Reay, 1986). Essas pesquisas revelam que, para cada vez que uma arma é usada em defesa própria, ela o é 43 vezes para cometer homicídios, suicídios ou atingir alvos não-intencionais, (Mercy, 1993). Da mesma forma, se uma arma de fogo é usada em conflitos domésticos, a chance de uma ou mais pessoas morrerem é 12 vezes maior que por qualquer outro tipo de armas (Mercy, 1993).

O abuso do álcool e de outras substâncias é um fator fundamental associado aos homicídios (Opas, 1993; Minayo, 1993), à violência no trânsito (Got, 1993), à violência interpessoal e doméstica (Assis, 1991; Deslandes, 1993; Windom, 1986; Lusk, 1989) e à violência em geral (Fagan, 1993). Os crimes relacionados ao uso de drogas como cocaína, *crack* e heroína revestem-se de proporções alarmantes, seja pelos efeitos provocados pelo uso destas substâncias, seja pela dinâmica ampliada de violência que se desenvolve por parte dos dependentes, ligando-os, freqüentemente, a assassinatos, suicídios, seqüestros, roubos e furtos, no sentido de alimentarem o vício.

A influência dos programas de televisão que veiculam e, por vezes, fazem o elogio à violência tem sido objeto de estudos, condenação e controvérsias, (Ramos, 1994; Canterwall, 1989). No entanto, hoje, chegou-se a um consenso sobretudo quanto ao papel que tais programas exercem na banalização das relações sociais, do sofrimento, da vida e da morte (Opas, 1994).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de prevenção da violência traz para o setor saúde algumas indicações básicas:

1. Em primeiro lugar, que suas energias têm que ser encaminhadas para o pleno exercício da democracia e para a luta por justiça social, buscando, ao mesmo tempo, atuar sobre as causas da violência e as causas da pobreza e miséria do país, como recomenda Hein (1993), na análise da situação da Colômbia;
2. Em segundo lugar, é consensual, hoje, que qualquer ação para superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitárias que militam por direitos e cidadania. Sobretudo, há que atuar com uma visão ampla do fenômeno, mas em níveis locais e específicos;
3. Em terceiro lugar, quando se trata da contribuição peculiar da área, alguns desafios são colocados:
 - estabelecimento de instâncias que orientem e definam melhor as ações do setor em relação demanda;
 - intensificação de estudos estratégicos, planejamento e destinação de recursos, para atuar na prevenção e nos agravos;
 - reorganização ou realocação de serviços, para atender às novas necessidades;
 - formação profissional e introdução da temática na formação continuada da equipe de saúde, tanto para a sensibilização como para o desenvolvimento de uma filosofia, métodos, técnicas e habilidade de atendimento.

A mensagem mais importante que se pode dar a partir do setor saúde é que, na sua maioria, os eventos violentos e os traumatismos não são acidentais, não são fatalidades, não são falta de sorte: eles podem ser enfrentados, prevenidos e evitados.

RESUMO

MINAYO, M. C. S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 07-18, 1994.

Este artigo tem a finalidade de introduzir o leitor na temática da violência social, sob a perspectiva da Saúde Pública. Desenvolve-se analisando o tema no âmbito da sociedade, no campo da saúde expressa na mortalidade e morbidade. Termina refletindo sobre as propostas possíveis, setoriais, intersetoriais, interprofissionais e articuladas com a sociedade e os movimentos sociais.

Palavras-Chave: Violência; Políticas de Saúde; Saúde Pública

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUDELO, S. F., 1990. La Violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. *Boletín Epidemiológico de la OPS*, 11: 01-07.
- AGUDELO, S. F., 1989. Violencia y/o Salud: Elementos Preliminares para Pensarlas y Actuar. Washington, DC: PAHO/OMS. (Mimeo.)
- ASSIS, S. G., 1991. *Quando Crescer é um Desafio Social: Estudo Sócio-Epidemiológico sobre Violência em Escolares em Duque de Caxias*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BARROS, M. B. A., 1984. Consideração sobre a mortalidade no Brasil em 1980. *Revista de Saúde Pública*, 18: 122-137.
- BOULDING, E., 1981. Las mujeres y la violencia social. In: *La Violencia y sus Causas*. (A. Joxe, org.), pp. 265-279, Paris: Unesco.
- CANTERWALL, B. S., 1989. Exposure to television as a risk factor for violence. *American Journal of Epidemiology*, 129: 643-652.
- CASSORLA, R. M. S., 1984. Jovens que tentam suicídio, antecedentes mórbidos e condutas auto-destrutivas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 33: 93-98.
- COHN, A., 1986. Violência social: acidentes no trabalho. *Lua Nova*, 3: 49-54.
- COSTA, J. F., 1986. *Violência e Psicanálise*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Graal.
- DA MATTA, R., 1982. As raízes da violência no Brasil: reflexões de um antropólogo social. In: *Violência Brasileira* (P. S. Pinheiro, org.), pp. 14-28, São Paulo: Brasiliense.

- DESLANDES, S. F., 1993. *Prevenir e Proteger: Análise de um Serviço de Atenção aos Maus Tratos na Infância*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- DENISOV, V., 1986. *Violencia Social: Ideologia y Política*. Moscú: Progreso.
- DOMENACH, J. M., 1981. La violencia. In: *La Violencia y sus Causas* (A. Joxe, org.), pp. 33-45, Paris: Unesco.
- ENGELS, F., 1981. Teoria da violência. In: *Engels*, pp. 146-188, São Paulo: Ática.
- FAGAN, J., 1993. Interactions among drugs, alcohol and violence. *Health Affairs*, 12: 65-79.
- FLITCRAFT, A., 1993. Physicians and domestic violence: Challenges for prevention. *Health Affairs*, 12: 154-161.
- FREUD, S., 1974. Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*, pp. 311-339, Rio de Janeiro: Imago.
- GOT, C., 1993. Una libertad demasiado cara. *Salud Mundial*, 46: 71.
- HABERMAS, J., 1980. O conceito de poder de Hannah Arendt. In: *Habermas* (B. Freitag & S. P. Rouanet, org.), pp. 100-118, São Paulo: Ática.
- HEGEL, G. H. F., 1980. A fenomenologia do espírito. In: *Hegel*, pp. 03-71. São Paulo: Abril.
- HEIN, A., 1993. Derechos Humanos y Superación de la Violencia en Colombia. Informe para el Sistema de las Naciones Unidas preparado por el Coordinador Residente en Colombia. (Mimeo.)
- HEISE, L., 1993. Violence against Women: The hidden health burden. Discussion paper prepared for the World Bank. Washington, DC.: World Bank. (Mimeo.)
- JURGENSEN, G., 1993. Nadie se rebela. *Salud Mundial*, 46: 09.
- KALLERMAN, O. L. & REAY, D. T., 1986. Protection or peril? an analysis of firearms related death in the home. *The New England Journal of Medicine*, 314: 1557-1560.
- KOIFMAN, S., 1993. Mortalidade e acidentes de trabalho na indústria elétrica. *Revista de Saúde Pública*, 17: 83-93.
- LAURENTI, R., 1972. Alguns aspectos epidemiológicos da mortalidade por acidentes de trânsito de veículos a motor na cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 6: 329-341.
- LUSK, M. W., 1989. Street children programs in Latin America. *Journal of Sociology and Social Welfare*, XVI: 55-77
- MACHADO, J. M. H. & MINAYO GOMEZ, C., 1994. Acidentes de Trabalho: Uma Expressão da Violência Social. Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz. (Mimeo.)
- MARQUES, M. B., 1993. Brasil: In Search of a Poison Information National System. Rio de Janeiro: Nect/Fiocruz. (Mimeo.)
- MEDRADO FARIA, M. O., 1983. Saúde e trabalho: acidentes de trabalho em Cubatão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 11: 07-22.
- MELLO JORGE, M. H. P., 1979. *Mortalidade por Causas Violentas ao Município de São Paulo*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- _____, 1988. *Investigação sobre Mortalidade por Acidentes e Violências na Infância*. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- _____, 1989. O Impacto da Violência nos Serviços de Saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Univ. de São Paulo. (Mimeo.)
- MENDES, R., 1976. Importância das pequenas empresas industriais no problema de acidentes de trabalho em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 10: 315-325.
- MERCY, J. A., 1993. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 12: 07-29.
- MINAYO, M. C. S. (Org.), 1993. *Os Limites da Exclusão Social: Meninos e Meninas de Rua no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- MINAYO, M. C. S. & ASSIS, S. G., 1993. Violência e saúde na infância e adolescência: uma agenda de investigação estratégica. *Saúde em Debate*, 39: 58-63.
- MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R., 1993. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9: 65-78.
- MOHAN, D., 1993. Riesgos evitables en la agricultura. *Salud Mundial*, 46: 18-19.
- MOORE, M., 1993. Violence prevention: criminal justice or public health. *Health Affairs*, 12: 35-45.
- NAKAJIMA, H., 1993. La vida es fragil: rechacemos la violencia y la negligencia. *Salud Mundial*, 46: 03.
- OLDS, D. L., 1986. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78: 65-78.
- OPAS (Organización Panamericana de la Salud), 1993. Resolución XIX: Violencia y Salud. Washington, DC: Opas. (Mimeo.)
- _____, 1994. Salud y Violencia: Plan de Acción Regional. Washington, DC: Opas. (Mimeo.)
- PRATA, P. R., 1992. A transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 8: 168-175.
- RAMOS, S. (Org.), 1994. *Mídia e Violência Urbana*. Rio de Janeiro: Faperj.

- SANTOS, H. O., 1985. Acidentes na infância. *Pediatria Moderna*, 20: 159-164.
- SARTRE, J. P., 1980. A questão do método. In: *Sartre*, pp. 70-92. São Paulo: Abril Cultural. (Coleção Pensadores)
- SKABA, M. M. V. F., 1993. *O Impacto da Violência nos Serviços Públicos de Saúde*. Monografia de Graduação, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S., 1994. O Impacto da Violência Social na Saúde Pública do Brasil; Década de 80. Rio de Janeiro: Centro Latino Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. (Mimeo.)
- SOUZA, E. R. & ASSIS, S. G., 1989. Violência e Mortalidade na América Latina: Um Estudo das Causas Externas de 1968 a 1986. Rio de Janeiro: Centro Latino Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. (Mimeo.)
- SZWARCWALD, C. L., 1985. Tendências da mortalidade por causas externas no Estado do Rio de Janeiro, 1976-1985. In: *Anais da III Jornada Científica da Fiocruz*, pp. 37-42, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- TAUBES, G., 1992. Violence Epidemiologists test the hazards of gun ownership. *Science*, 258: 213-216.
- VETHENCOURT, J. L., 1990. Psicología de la violencia. *Gaceta de la Asociación de Profesores de la Universidad de Venezuela*, 11: 05-10.
- WIDOM, L., 1986. The cycle of violence. *Violence and Victims* 1: 101-124.
- WOLF, R. S., 1994. Maltrato en el anciano. In: *Atención de los Ancianos: Um Desafío para los Noventa* (E. Anzola-Pérez, ed.), Washington, DC: Opas. (no prelo)
- YUNES, J., 1993. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 114: 302-316.
- YUNES, J. & PRIMO, E., 1983. Características da mortalidade em adolescentes brasileiros das capitais das unidades federadas. *Revista de Saúde Pública*, 17: 263-278.