

## É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública

Is it possible to prevent violence?  
Reflections in public health area

Maria Cecília de Souza Minayo <sup>1</sup>  
Edinilsa Ramos de Souza <sup>2</sup>

**Abstract** *The authors debate the possibilities and difficulties of preventing the various forms of violence from the point of view of public health. They define terms like prevention, promotion of health and the complex concept of violence. They present the Brazilian context facing the serious problems that social violence means to the health area. They offer prevention proposals in course in diferents countries, including Brazil. They conclude that violence can be undone because it is a social and historical phenomenon which is constructed in society. Due to its complexity, any process of intervention should contain macro-structural, conjunctural, cultural, relational and subjective issues. At the same time, it should specify the problems, the risk factors and the possibilities of change.*

**Key words** *Violence; Prevention; Promotion of Health*

**Resumo** *As autoras discutem sobre as possibilidades e dificuldades de prevenir as diferentes formas de violência a partir do campo da saúde pública. Conceituam as noções de prevenção, promoção da saúde e o complexo conceito de violência. Situam o contexto brasileiro diante dos graves problemas que a violência social significa para o setor saúde e apresentam propostas de prevenção em diferentes países, inclusive no Brasil, algumas já em andamento, outras ainda em fase de elaboração. Concluem que, por se tratar de um fenômeno histórico-social, construído em sociedade, a violência pode ser desconstruída. Dada a sua complexidade, qualquer processo de intervenção deve abranger questões macro-estruturais, conjunturais, culturais, relacionais e subjetivas, bem como focalizar a especificidade dos problemas, dos fatores de risco e das possibilidades de mudança.*

**Palavras-chave** *Violência; Prevenção; Promoção da Saúde*

<sup>1</sup> Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves), Escola Nacional de Saúde Pública, e Vice-Presidência de Saúde, Ambiente e Informação, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Brasil 4365, 21041-210

Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
mcmina@castelo.fiocruz.br  
<sup>2</sup> Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde “Jorge Careli”, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz  
edinilsa@ubl.com.br

## Introdução

Neste artigo pretendemos colocar em discussão a participação da saúde coletiva na abordagem teórica e prática da violência, sobretudo com os instrumentos que são mais caros ao campo como as noções de **prevenção e promoção**. Para isso buscaremos articular esses conceitos, assim como o de violência, tentando provocar um debate necessário na pauta tradicional do setor saúde, freqüentemente voltada para os termos biomédicos que dizem respeito à saúde física e à história natural das doenças.

Se é verdade que, a partir das décadas de 60 e 70, houve um grande esforço teórico-metodológico e político para compreender a saúde como uma questão complexa, com determinações sociais e condicionantes culturais, nunca um tema provocou tantas reticências para sua inclusão como o impacto da violência no setor. As razões são muitas. Algumas vêm do próprio âmbito onde historicamente o fenômeno tem sido tratado, o terreno do direito criminal e da segurança pública.

Desde que se constituíram, os Estados Modernos assumiram para si o monopólio legítimo do exercício da violência, retirando-a do arbítrio dos indivíduos, dos grupos e da sociedade civil, e entregando-a ao exército, às polícias e aos aparatos da justiça criminal (Burke, 1995). Outros motivos vêm do campo específico da saúde, terreno de quase monopólio do modelo médico e biomédico, cuja racionalidade tende a incorporar o social apenas como variável “ambiental” da produção das enfermidades. Ponto de vista que se coaduna com a forma como vêm se apresentando, também no paradigma da modernidade, as relações entre o conhecimento científico e a intervenção social, freqüentemente fragmentadas e desarticuladas. Sendo assim, mesmo quando politicamente se tenha assimilado ao setor o conhecimento ampliado de saúde, as práticas promocionais e assistenciais freqüentemente continuam se restringindo aos contornos paradigmáticos tradicionais.

Desta forma, entendemos que o tema da violência não entrou no setor saúde de forma natural. Ele se impôs e assim o fez por muitos fatores. Em primeiro lugar, apresentou-se dentro dos limites dos conceitos biomédicos. E, nesse sentido, parece que nossa argumentação é contraditória ao exposto anteriormente. Mas não o é, pois sua incorporação se dá sob con-

dições de não romper a racionalidade médica positivista. Está incluído há muitos anos, na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) sob a denominação “Causas Externas”. Esse grupo de causas que abrangia os códigos E800 a E999 da CID, em sua 9ª revisão, assumiu os códigos V01 – Y98, na 10ª revisão, para as análises de mortalidade (OMS, 1985; 1996). Para os estudos de morbidade, os eventos violentos, antes representados pelo capítulo 17 da CID-9, atualmente estão referidos nos códigos S e T da CID-10. O conceito de mortalidade por causas externas engloba homicídios, suicídios e acidentes fatais e o de morbidade recobre as lesões, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais, coletivas, omissões e acidentes.

A experiência de notificação por essa rubrica na CID e a divulgação comparativa mundial dos dados aí sintetizados têm permitido estudos das mais diferentes áreas do saber, propiciado propostas de políticas públicas e a compreensão da eficácia de determinadas intervenções. A própria OMS, que escolheu a prevenção de acidentes e traumas como tema do Dia Mundial da Saúde em 1993, repetia, por essa ocasião, uma frase de William Forge “*desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortalidade prematura*” (OMS, 1993). Até há bem pouco tempo, porém, o setor saúde olhou para o fenômeno da violência, como um espectador, um contador de eventos, um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais, tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais provocadas por catástrofes, guerras, genocídios e terror político.

Essa visão começa a mudar na década de 60, numa das especialidades mais sensíveis do campo médico. A pediatria americana passa a estudar, diagnosticar e medicar a chamada *síndrome do bebê espancado*, colocando-a como um sério problema para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Uma década depois, vários países também reconhecem, formalmente, os *maus-tratos* como grave problema de saúde pública. Assim, primeiro nos Estados Unidos e no Canadá, e depois em outras regiões, na década de 70, são criados programas nacionais de prevenção primária e secundária, além de centrais de denúncia, tornando público e passível de intervenção social um problema tradicionalmente e até então, considerado de foro privado. Para que isso ocor-

resse, muito contribuíram as sociedades de pediatria de vários países, já articuladas com setores da sociedade civil dedicados aos direitos da infância e da adolescência.

Outro fenômeno importante cuja influência contaminou o campo da saúde foi o movimento feminista. Sua filosofia e método de trabalho buscando sensibilizar as mulheres e a sociedade em geral sobre a violência de gênero, criando nova mentalidade e buscando implodir a cultura patriarcal, têm gerado mudanças essenciais nas abordagens do setor saúde. Desta forma, a violência fundamentada no gênero, incluindo agressões domésticas, mutilação, abuso sexual, psicológico e homicídios passam a fazer parte da agenda, não apenas para os cuidados assistenciais e pontuais oferecidos nas emergências hospitalares. Como objeto de prevenção e promoção da saúde a violência fundamentada no gênero, e que se expressa majoritariamente contra a mulher, se inclui na fundamentação do conceito ampliado de saúde que incorpora a compreensão e a mudança de atitudes, crenças e práticas; e na sua ação, vai além do diagnóstico e do cuidado das lesões físicas e emocionais. (Heise, 1994)

Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, é na década de 80 que o tema da violência entra com maior vigor na agenda de debates e no campo programático da saúde, tendendo a se consolidar no final dos anos 90. Em nosso país, tiveram papel fundamental para essa inclusão, os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito, algumas organizações não governamentais (ONGs) de atenção aos maus-tratos na infância, e as organizações internacionais com poder de influenciar as pautas nacionais. Não sem controvérsias. Não sem oposições que até hoje se expressam, com menos veemência, mas ainda fortes, sobretudo pelas formas de se impor ou se ignorar as prioridades politicamente relevantes: falta de adscrição de espaços institucionais na agenda pública e escassa destinação orçamentária para seu desenvolvimento.

O crescimento do interesse do setor para pensar, em seu interior, o fenômeno da violência pode ser de fato sintetizado, por um lado, na própria ampliação contemporânea da consciência do valor da vida e dos direitos de cidadania; de outro, nas observações sobre as mudanças no perfil de morbi-mortalidade no mundo e no país. A transição epidemiológica nacional, observada do ponto de vista da mor-

talidade, vem apontando para a substituição das antigas epidemias e das doenças infecciosas e parasitárias para um perfil onde as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e os neoplasmas ocupam os três primeiros lugares, respectivamente.

Até a década de 60 as violências situavam-se no quarto lugar no perfil de mortalidade geral, passando ao segundo lugar nos anos 80 e 90. O mais preocupante dessa mudança é a evidência de que grupos jovens, sobretudo do sexo masculino, estão sendo cada vez mais atingidos como vítimas e autores e que as causas de suas mortes por homicídio e por acidentes de trânsito (sobretudo de carro e moto) estão vinculadas ao estilo de vida moderno; a conflitos e desigualdades crescentes na sociedade; à impunidade das infrações e delinquências; à ausência de um projeto político e de sociedade capaz de incluir e não, pelo contrário, aumentar a exclusão social; e ao comportamento arbitrário e discriminatório do Estado personificado nas ações ilegais e ilegítimas de seus próprios agentes de segurança.

A consideração do tema da violência nos diversos espaços do setor saúde, no Brasil, se fez de forma fragmentada e progressiva. Primeiro tomaram consciência do problema os epidemiologistas e os psiquiatras. Seus estudos tomam vulto nos anos 70, mas o incremento maior da contribuição científica se deu nos anos 80, que acumularam 83% de toda a produção intelectual até então disponível (Minayo et al., 1990). Também na década de 80, alguns pediatras iniciaram atividades assistenciais e de prevenção nos hospitais em que trabalhavam e depois criaram ONG para ampliação e maior visibilidade de seu trabalho. Aí se destacam os Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami) em São Paulo; a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia) no Rio de Janeiro; e a Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (Abpani) em Minas Gerais.

Já na metade dos anos 90, instados por investigadores da área da saúde, vários municípios iniciaram atividades de articulação com outros setores públicos e da sociedade civil, desenhando estratégias de prevenção e de assistência mais específicas. Tais iniciativas foram sempre articuladas entre universidades, institutos de pesquisa e serviços, ensejando uma relação profícua na abordagem das questões. Destaques deve ser dado à Faculdade de

Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com uma linha de pesquisa sobre o tema desde a década de 70, e à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Nesta última, foi criado o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) em 1989, para produzir investigações estratégicas e interdisciplinares com a finalidade de assessorar as ações do setor. A atuação dessas duas instituições, associada a todos os movimentos e iniciativas citadas anteriormente, tem sido fundamental para que, no final dos anos 90, uma política nacional no interior do Ministério da Saúde (MS) esteja sendo delineada. Portanto, na lentidão esperada de um tema a que denominamos, neste artigo, “intruso”, chegamos em 1998, com duas comissões criadas pelo MS. Uma encarregada de formular uma proposta de política sobre o tema para o Sistema Único de Saúde (SUS). Outra voltada para formular a mesma política, em comum acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, para a infância e a adolescência (Ministério da Saúde, 1998a). Ambas já estão atuando dentro de suas competências específicas. Igualmente o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), também em 1998, formulou e integrou em suas estratégias articuladoras, um Plano de Ação de Prevenção à Violência para as Secretarias Municipais de Saúde, com metas delineadas para um ano (Ministério da Saúde, 1998b).

Esperamos que, no Brasil, por ter havido grande investimento nos diagnósticos da situação de violência, na década que termina, entremos no ano 2000 com propostas práticas e ações concretas, por meio das quais o setor saúde possa não só ampliar seu paradigma de atuação, como ser formulador competente, no campo das políticas sociais.

### A natureza histórica da violência

É muito difícil conceituar a violência, principalmente por ser ela, por vezes, uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural; por vezes uma resultante das interações sociais; por vezes ainda, um componente cultural naturalizado. Os estudiosos que nos últimos tempos têm se debruçado sobre o tema, ouvindo e auscultando toda a produção filosófica, mitológica e antropológica da humanidade lhe conferem um caráter de perma-

nência em todas as sociedades e também de ambigüidade, ora sendo considerada como fenômeno positivo, ora como negativo, o que retira de sua definição qualquer sentido positivista e lhe confere o *status* de fenômeno complexo. Mais que isso, em relação a ela, a soma das verdades individuais não reproduz a verdade social e histórica, e os mitos e crenças a seu respeito costumam distorcer a realidade como num espelho invertido. Ouçamos algumas interpretações.

Arendt (1990) que possui uma das mais vigorosas reflexões sobre o tema, considera que nenhum historiador ou politicólogo deveria ser alheio ao imenso papel que a violência sempre desempenhou nos assuntos humanos, e se surpreende com quão pouco esse fenômeno é interrogado e investigado pelos cientistas. Engels (1981) valoriza a violência como um acelerador do desenvolvimento econômico. Mao Tsé-Tung a trata como garantia do poder político “*o poder nasce do cano do fuzil*”; Fanon (1961) a define a vingança dos deserdados; Sorel (1992) como a substantiva na “*greve geral*” considerada por ele como o mito da mudança necessária na sociedade burguesa; Sartre (1961) a analisa no universo da escassez e da necessidade. Embora muitos autores se utilizem do pensamento de Marx e Engels para justificar a importância desse fenômeno no desenvolvimento histórico “*a história é talvez a mais cruel das deusas que arrasta sua carroça triunfal sobre montões de cadáveres, tanto durante as guerras como nos períodos de desenvolvimento pacífico*” (Marx & Engels, 1972: 526) na verdade, para esses autores, o papel da violência seria secundário. O que traria o fim da velha sociedade seriam as contradições entre as forças produtivas e as relações de produção, e o Estado seria o instrumento de violência e coerção por excelência em favor das classes dominantes.

Para Arendt (1990) a violência tem um caráter instrumental, ou seja, é um meio que necessita de orientação e justificação dos fins que persegue. Em seu tratado *Violência: Ideologia y Política*, Denisov (1986) reconhece a violência como um conceito multifacetário por suas características externas (quantitativas) e internas (qualitativas). E encontra sua expressão concreta no fato de que indivíduos, grupos, classes e instituições empregam diferentes formas, métodos e meios de coerção e aniquilamento direto ou indireto (econômico, político, jurídico, militar) contra outros indiví-

duos, grupos, classes e instituições, com a finalidade de conquistar ou reter poder, conquistar ou preservar independência, obter direitos ou privilégios.

Em seus escritos, Domenach (1981) sublinha o fato de que a violência está inscrita e arraigada nas relações sociais, não podendo, portanto, ser considerada apenas como uma força exterior se impondo aos indivíduos e às coletividades, havendo, desta forma, uma dialética entre vítima e algoz, o que deve ser objeto de reflexão dos estudiosos para compreensão dessa complexa relação.

Freud (1980) apresenta várias interpretações do tema, em diferentes etapas de seu pensamento. Em primeiro lugar associa a violência à agressividade instintiva do ser humano, o que o inclina a matar e a fazer sofrer seus semelhantes. Num segundo momento a define como instrumento para arbitrar conflitos de interesse, sendo, portanto, um princípio geral da ação humana frente a situações competitivas. Numa terceira posição, avança para a idéia de construção de “*identidade de interesses*”. É essa identidade que faria surgir vínculos emocionais entre os membros de uma comunidade humana. Os conflitos de interesses seriam mediados nas sociedades modernas pelo direito e pela lei; e a comunidade de interesses, pela identidade e busca do bem coletivo.

Todos os autores citados têm em comum a clareza de considerar a violência como um problema social e histórico, diferentemente dos sociobiólogos (Barash, 1977; Wilson, 1977; Lorenz, 1979, dentre outros) que a interpretam como um fenômeno inerente à natureza humana e aos condicionamentos biogenéticos que se processam nos indivíduos. Estudos de Chesnais (1981) e Burke (1995) reafirmam a idéia de que não se pode estudar a violência fora da sociedade que a produziu, porque ela se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações cotidianas que, por serem construídos por determinada sociedade, e sob determinadas circunstâncias, podem ser por ela desconstruídos e superados. Da mesma forma trabalham com a idéia da inteligibilidade do fenômeno, tratando-o de forma complexa, histórica, empírica e específica, porque, na verdade, a violência não é um ente abstrato. Quando analisada nas suas expressões concretas permite ser assumida como objeto de reflexão e superação. E, por fim, na medida em que a definem como “*uma re-*

*lação humana*”, compreendem-na também como um comportamento aprendido e culturalizado que passa a fazer parte dos padrões intrapsíquicos, dando a falsa impressão de ser parte da natureza biológica dos seres humanos. Portanto, a violência necessita ser interpretada em suas várias faces, de forma interligada, em rede, e por meio dos eventos em que se expressa, repercute e se reproduz. Como menciona Boulding (1981), as crueldades mais apavorantes se articulam com a violência escondida e naturalizada do cotidiano. A isto, Soares e outros autores acrescentam a criação subjetiva e simbólica em torno do tema, que se alimenta de imagens, fantasias, relatos, mitos e emoções, provocando o cumprimento de profecias auto-anunciadas de caos, desordem, insegurança e medo. A percepção social apresenta-se, freqüentemente como “*variável independente*” (Soares et al., 1993: 3) tornando-se um fator de reprodução e alimentação do fenômeno.

Por tudo o que foi exposto acima, quando o setor saúde se aproxima do tema da violência, não pode tomá-lo como um objeto próprio. Pelo contrário, a violência é um **problema da sociedade**, que desde a modernidade o tem tratado no âmbito da justiça, da segurança pública, e também como objeto de movimentos sociais. No entanto, dois fortes motivos tornam o assunto preocupação da área da saúde. O primeiro, porque, dentro do conceito ampliado de saúde, tudo o que significa agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e à qualidade da existência, faz parte do universo da saúde pública. Em segundo lugar, a violência, num sentido mais restrito, afeta a saúde e freqüentemente produz a morte. Como afirma Agudelo (1990; 1995; 1998) “*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 de Saúde (OPAS) em seu último documento sobre o tema, que repercutiu na 49<sup>a</sup> Assembléia da Organização Mundial de Saúde, em 1996: “*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 muitos países (...) o setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas*

sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e de assistência social” (Opas, 1993).

Ao abordar o tema da violência, os sanitistas colocam forte ênfase no seu papel de analisar as tendências epidemiológicas e no compromisso com a identificação de políticas e programas voltados para promover os fatores de sociabilidade, prevenir a cultura da dominação, da discriminação, da intolerância e a ocorrência de lesões físicas e emocionais e de morte, mas também para aperfeiçoar e dar qualidade à atenção às vítimas. Visam atuar (dentro do que lhes é específico) nos fatores de risco e na rede causal desses agravos, seja antes ou após o fato, tanto do ponto de vista individual, no que concerne às vítimas e aos atores, como nos fatores macrossociais. Em síntese, a atuação no campo da saúde tem um lado específico, e uma face de integração com as políticas públicas e com os movimentos sociais. Portanto, levando-se em conta a tradição e a credibilidade do setor nas intervenções preventivas e promocionais no nível dos grupos populacionais e na atenção às vítimas, consideramos que as instituições e os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental no âmbito das políticas de superação da violência e de suas conseqüências.

### Pensando a prevenção da violência

É importante esclarecer o que se denomina e o que abrange o papel preventivo que pode desempenhar o setor saúde.

Prevenção, como noção do senso comum significa antecipação da decisão sobre uma situação de risco. Na área da saúde, **prevenção** é uma categoria fundamental, tanto no que diz respeito aos fatores desencadeantes dos agravos, como enquanto componente dos atos terapêuticos. O tema foi trabalhado com maiores detalhes, conceitual e operacionalmente por Leavell e Clarck no início da década de 50 quando os autores formularam, num guia de atuação para os serviços, cinco níveis de intervenção: 1) promoção da saúde; 2) proteção específica; 3) diagnóstico e tratamento precoce; 4) limitação do dano; 5) reabilitação (Leavell & Clark, 1976).

Embora o modelo de Leavell e Clarck seja o mais popularizado para os serviços de saúde e trate a promoção como um dos estágios de sua proposta, na década de 70 tornou-se mui-

to conhecido e respeitado o esquema quadridimensional de Lalonde (1996). Transportado do âmbito da concepção teórica para se transformar numa proposta de trabalho, o chamado “modelo Lalonde” parte do que considera os determinantes da situação de saúde de uma população: *o estilo de vida; a biologia humana; o ambiente e os serviços de saúde*. Inspiradas nesse esquema, três grandes conferências internacionais foram realizadas, buscando socializar um pensamento hoje ainda não hegemônico de que a saúde é a resultante de muitos fatores e não apenas uma questão médica. A primeira foi em Ottawa (1986), a segunda, em Adelaide (1988) e a terceira em Sunsväl (1991). Todas buscaram estabelecer e criar um consenso com relação às bases conceituais e políticas e as novas práticas de saúde tendo em conta o conjunto de determinantes.

A **promoção da saúde**, segundo a Carta de Ottawa de 1986, “é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de sua vida e saúde incluindo maior controle desse processo”. Os temas tratados nessa conferência falam de um conjunto de valores: vida, solidariedade, equidade, participação, parceria; de um conjunto de estratégias: ações do estado, da comunidade, dos indivíduos; e promove uma múltipla responsabilização pelos problemas que afetam a qualidade de vida e de saúde (Buss, 1998).

O conceito de prevenção de Lalonde, reafirmado posteriormente em diversos foros de saúde pública, permite integrar o tema da violência no âmbito das políticas e propostas de mudanças sociais e ambientais e incluí-lo nos projetos de ambientes saudáveis e de qualidade de vida. A aplicação do conceito de prevenção de Leavell e Clark, no entanto, não deve ser abandonada, pois ajuda no entendimento dos cuidados e da assistência relativa aos agravos e lesões, orientando a praxis dos profissionais no cotidiano dos serviços.

Para a aplicação do conceito de prevenção, no caso da violência é importante ter idéia de quais são as questões em pauta em determinada sociedade, quais são os grupos ou os indivíduos considerados prioritários para atuação, e quais seriam as melhores estratégias de ação. No caso brasileiro, os problemas que mais nos afligem nesse momento histórico são, do ponto de vista macro-estrutural, as extremas desigualdades, a violência nos ambientes de trabalho e o desemprego, a exclusão social

e a exclusão moral, a corrupção e a impunidade, problemas que se arrastam historicamente e, nesta etapa do desenvolvimento, têm grande peso sobre a dinâmica da violência. Do ponto de vista conjuntural o brutal crescimento do crime organizado, nos grandes centros urbanos, sobretudo em torno do narcotráfico (o que repercute em outras formas de delinquência como assaltos a bancos, roubos de carros, de cargas, seqüestros e outras formas de violência geral e difusa); do contrabando de armas de fogo; aumento da delinquência juvenil e dos crimes contra as pessoas e o patrimônio, favorecidos pelo clima de anomia, desemprego, impunidade e ausência de um projeto social que integre o conjunto dos estratos sociais. Do ponto de vista cultural, interpessoal e privado, as elevadas taxas de violência contra a criança e o adolescente, contra a mulher, contra os idosos, a violência contra homossexuais e a discriminação racial. Do ponto de vista institucional, a arraigada violência e corrupção policial, o alijamento e a morosidade da justiça, assim como incontáveis formas de discriminação e maus-tratos que ocorrem nos diferentes setores do Estado, na sua relação com a população.

Ao tratar as intervenções, podemos considerar algumas como de cunho macrossocial, cujas repercussões podem ser medidas ao longo do tempo. Outras medidas atuam no nível de hábitos e costumes culturais fortemente arraigados (por isso naturalizados) cuja mudança, de longo prazo, também pode fazer grande diferença nos indicadores, como é o caso do racismo e do uso generalizado pela população, de armas de fogo, nos Estados Unidos. Outras, como é o caso do Brasil, têm que atingir vários níveis da realidade: problemas macroestruturais, que se exacerbam no presente, problemas novos que se nutrem dessa exacerbção, assim como problemas culturais arraigados que alimentam a situação conflitiva generalizada. Pensar a prevenção é ter em conta essas especificidades históricas, sob pena de se oferecerem propostas inócuas, ingênuas ou voluntaristas. Por outro lado, dentro de uma visão complexa dessa realidade, a partir de um diagnóstico correto, é possível promover intervenções que resultem em mudanças importantes.

Chesnais (1981) mostra que, na Europa, o desenvolvimento social, a educação formal, a melhoria da situação de vida da população trabalhadora, aliada à instituição da justiça, do

exército e da polícia, foram os principais fatores responsáveis pelo declínio da violência fatal. Essas mudanças que promoveram a valorização da vida são transições macro-estruturais que, ao ocorrerem, influenciaram novas formas culturais de resolver os conflitos, de inter-relações sociais, assim como novas expressões simbólicas e subjetivas de significar a violência.

As altas taxas de homicídios nos Estados Unidos, contrastando com as de países europeus, indicam que outros fatores culturais de forte arraigo na estrutura social podem ser responsáveis pela exacerbção da violência. Vários estudiosos assinalam o culto às armas e a questão racial como elementos fundamentais dessa situação. O costume da ação direta para defesa pessoal e do patrimônio, o elogio da força e da justiça imediata pelas armas, estão vivos naquele país.

Mercy et al. (1993), analisando o crescimento das taxas de homicídios nos Estados Unidos, no período de 1900 a 1990, destacam a permissividade em relação à compra, porte e emprego de armas de fogo. O homicídio tende a crescer com a densidade de armamento por habitante. Nos estados americanos onde é maior a proporção de possuidores de armas de fogo e onde as leis vigentes são menos restritivas, mais crescem as taxas de homicídio. Os autores associam esse uso disseminado de armas ao racismo exacerbado de brancos contra negros fomentando a violência social.

As estatísticas mostram ainda que os negros, que lotam as prisões americanas, são a parcela da população com as maiores taxas de mortalidade por violência e são os que, em grandes proporções, se destróem entre si. Assim, qualquer programa de intervenção nos Estados Unidos, necessita atuar na questão da produção, distribuição e acesso a armas de fogo pela população civil, assim como na construção de novos padrões de sociabilidade e de interação social, sobretudo no que concerne ao racismo exacerbado.

No caso do Brasil juntamos às questões macro-estruturais altas e crescentes taxas de homicídio, a violência interpessoal, doméstica, nos ambientes de trabalho e a produção simbólica de um forte sentimento de insegurança que tende a exacerbar o individualismo, e alimentar uma forma de cinismo que promove a apartação social.

Os dados de mortalidade indicam um crescimento insidioso da violência, sobretudo nos

grandes centros urbanos que concentram 75% do total das ocorrências. De 2% no conjunto da mortalidade geral em 1930 (Prata, 1992), as chamadas “causas externas” passaram a representar 10,5% em 1980 e em 1993 já atingiam 15,3% (Souza & Minayo, 1995), correspondendo, no final da década de 80 à segunda causa de óbito, permanecendo abaixo apenas das mortes por enfermidades cardiovasculares. O perfil das mortes violentas segue a tendência mundial em termos de incidência sobre o sexo masculino e faixas etárias jovens. Essas mortes devem-se, principalmente, aos homicídios e aos acidentes de trânsito. Juntos, esses eventos representam mais da metade das mortes por causas externas.

Os resultados de algumas análises mostram que, particularmente nas grandes cidades brasileiras, os homicídios estão basicamente constituídos por conflitos com a polícia, desavenças entre grupos de narcotraficantes e desentendimentos interpessoais. O perfil observado dos adolescentes e jovens brasileiros assassinados (Souza, 1992; Souza & Assis, 1996; Souza et al., 1997) é semelhante ao encontrado em estudos realizados em outras partes do mundo (Fingerhut et al., 1992a; b). Do ponto de vista sócio-demográfico, na grande maioria, as vítimas são adolescentes e adultos jovens, do sexo masculino, com características típicas das camadas menos favorecidas da população: residentes em áreas pobres e às vezes periféricas das grandes metrópoles; de cor negra ou descendentes desta etnia; com baixa escolaridade e pouca ou nenhuma qualificação profissional.

Além da violência estrutural, convivem cotidianamente, em suas comunidades, com os efeitos da violência conjuntural da delinquência. Residem em bairros populares, onde a criminalidade ocupa um lugar especial no universo simbólico do grupo: o heroísmo do bandido é implicitamente contraposto à fraqueza da polícia, que não é considerada como mais honesta do que as gangues, e ao fracasso dos seus pais em conseguirem ascensão social por meio do trabalho. Para Fonseca (1993), nesses locais não há demarcação nítida entre as atividades legais e ilegais; os princípios abstratos de moralidade dominante chocam-se com a realidade em que se instaura uma outra moralidade cuja orientação é sintetizada na figura do herói do bairro.

Contemporaneamente, o principal representante da delinquência nessas comunidades

é o narcotráfico que, com características de uma organização totalitária, impõe pelo terror o seu poder, impedindo a organização civil dessa parcela da população (Rodrigues, 1994). Dessa forma, trata-se, em geral, de uma população privada de direitos básicos, de cidadania moral (Cardia, 1995) e sem expectativas de cidadania política. No nível das relações primárias, apesar da escassez de dados que permitam generalizar, descobrem-se a gravidade e a persistência de experiências violentas no próprio lar (Assis, 1994; Deslandes, 1994), fato que induz grande número de crianças e adolescentes a abandonarem suas casas (Minayo et al., 1993).

Entretanto, a maioria dos homicídios não ocorre devido ao fato dos adolescentes e jovens estarem envolvidos com drogas e serem, portanto, delinqüentes. Mesquita (1995), em São Paulo, esclarece que 70,7% das vítimas de execuções não estavam relacionadas com crime anterior e que 67,1% possuíam profissão/ocupação ou eram estudantes. Esses dados demonstram a forte discriminação e o forte peso da exclusão moral sobre a população pobre, em última instância, considerada por grande parte da população e pela polícia como “criminógena”.

Os conflitos interpessoais registrados pela polícia não refletem o verdadeiro nível de ocorrência deste evento entre a população, tendo em vista que a maioria deles sequer chega ao conhecimento desta instituição. Boa parte dos seus protagonistas são conhecidos, vizinhos ou parentes das vítimas. Seus motivos demonstram claramente o elevado nível de violência que perpassa as relações entre os seres humanos, o baixo limiar de tolerância ao outro, a ausência de diálogo na resolução dos problemas, a desvalorização da vida, enfim, o elevado nível de estresse nas relações interpessoais (Hirsch et al., 1973).

A falta de investigação, sobretudo quando as vítimas são membros das classes populares, impede a elucidação dos crimes e a captura de seus autores, contribuindo para a impunidade. Na dinâmica das relações institucionais, ficam claros determinados jogos de interesse e poder entre justiça e polícia que se acusam mutuamente de ineficiência; a eliminação de pessoas consideradas indesejáveis, cujo perfil coincide com o daqueles pertencentes às classes populares; homicídios de inocentes nos quais a polícia tenta incriminar a vítima, forjando-lhes o porte de armas, atitudes suspei-



tas, bem como fuga e reação à autoridade policial; a impunidade dos assassinatos cometidos por policiais, devido ao forte corporativismo e à condescendência com que são julgados, às vezes nem o sendo, em tribunais militares (Americas Watch, 1993; Mesquita, 1995).

Para finalizar, é importante que se diga que este quadro de elevada mortalidade e morbidade por violência no Brasil não pode ser compreendido integralmente, sem que se lance mão de determinados termos e conceitos como desigualdade, injustiça, corrupção, impunidade, deterioração institucional, violação dos direitos humanos, banalização e pouca valorização da vida. Outros mais poderiam ser listados, entretanto, mais do que fazer um inventário da ampla gama de fatores que configuram o quadro de violência social que hoje se enfrenta neste país, é importante lembrar as palavras de Arendt. Para essa autora, a resposta para a violência destrutiva do poder está na severa frustração de agir no mundo contemporâneo cujas raízes estão na burocratização da vida pública, na vulnerabilidade dos grandes sistemas e na monopolização do poder, que seca as autênticas fontes criativas. O decréscimo do poder pela carência da capacidade de agir em conjunto (por meio de democracias realmente participativas) é um convite à violência. Assim, *“a violência, sendo instrumental por natureza, é racional. Ela não promove causas, nem a história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso; mas pode servir para dramatizar queixas e trazê-las à atenção pública”* (Arendt, 1994).

Desta forma, no nosso entendimento, pensar qualquer programa de prevenção e mudanças no campo da violência no Brasil, significa combinar a atuação no campo macro-estrutural, nas questões conjunturais que expressam problemas estruturais, nos problemas de ordem cultural e nas relações interpessoais, no âmbito privado e público.

### Experiências e propostas de prevenção

Nesta última parte do trabalho descreveremos algumas experiências e propostas de prevenção e de melhoria dos indicadores de violência que estão ocorrendo no mundo e também no país. Sua descrição tem o objetivo de discutir que, assim como no campo dos direitos e das liberdades, existe um movimento da sociedade e do estado para olhar esse fenômeno com

mais cuidado, abordando-o nos aspectos negativos (as conseqüências) e nos aspectos positivos (a qualidade de vida). Como lembra Chesnais (1981) em seu estudo, os dados de violência em determinado país são indicadores poderosos para se avaliar a qualidade de vida, pois dizem respeito tanto a condições gerais de existência, de trabalho, de sociabilidade, como a vivência de uma cultura de diálogo e tolerância que reatualiza na cotidianidade, os direitos e os deveres dos cidadãos. Apresentamos seis propostas em andamento, sendo que as três primeiras colocam o foco na segurança pública: uma experiência de Cali, Colômbia, outra de Nova Iorque e uma proposta do estado do Rio de Janeiro. As outras três partem do campo da saúde coletiva, uma do Center for Disease Control and Prevention (CDC) americano; uma do MS e outra do Conasems.

### Plano Integral da Colômbia

O Projeto Desarrollo, Seguridad y Paz (Dese-paz) foi criado em Cali, Colômbia, em 1992, com vistas a planejar e a executar um projeto integral de política pública de enfrentamento ao problema de segurança daquela cidade. Abrange todos os setores da sociedade por meio de intensa campanha de educação para a cidadania. Em 1995, acrescenta aos seus objetivos as estratégias de fortalecimento democrático institucional e comunitário, e de diálogo para a paz e a convivência. O projeto está diretamente ligado à prefeitura da cidade.

Atualmente é definido como um programa de política pública sobre segurança, convivência e paz, de caráter global, que se orienta por uma investigação sistemática e uma prática política, cultural, educativa e democrática. Busca educar comunitariamente em torno dos direitos humanos, democracia e paz; estimular a organização e o diálogo entre os diferentes setores da sociedade e destes com as organizações governamentais. Estimula o desenvolvimento de atividades culturais e lúdicas que fortaleçam a identidade comunitária, o uso criativo do tempo livre, particularmente entre setores menos favorecidos sócio-economicamente.

Organiza-se em torno de seis estratégias ou programas por áreas de trabalho:

Investigação sistemática: trata-se de um sistema de vigilância epidemiológica das lesões fatais, com registro diário dessas ocorrên-

cias. Esse programa tem permitido corrigir as distorções e incoerências entre as diversas instituições que efetuam os registros, criando uma base de dados confiável. Atualmente, está sendo ampliado para abranger as lesões interpessoais. Sua base de dados também tem sido utilizada em investigações sócio-etnográficas sobre violência generalizada, delinquência juvenil e violência doméstica, que são realizadas em conjunto com o Ministério da Justiça e as universidades locais.

**Fortalecimento democrático institucional:** trata-se da aplicação de programas municipais orientados para que o exercício do poder, da força e da justiça se ajustem à normatividade e aos princípios ético-sociais da Constituição Nacional, dando prioridade à instância civil.

**Fortalecimento democrático comunitário:** busca divulgar e promover o exercício dos direitos humanos, a paz e a democracia, com diferentes pedagogias e formas, organizadas segundo setores sociais. Atualmente se desenvolve por meio das seguintes atividades: microcentros nas escolas com videoteca de caráter didático; subprogramas para jovens nos centros educativos; encontros comunitários em comunidades em situações críticas para fortalecer a unidade cívica e a convivência cidadã; subprogramas de lazer com festival de música e reuniões sobre direitos humanos na zona rural do município; oficinas de direitos humanos em organizações cooperativas e sindicais; estímulo a mesas de trabalho e foros de debates sobre o tema da paz; e coordenação da rede municipal de direitos humanos com a participação de 17 organizações governamentais e não governamentais.

**Setores sociais e urbanos prioritários:** orienta ações e investimentos nas áreas e setores sociais menos privilegiados do município e com alta incidência de violência e insegurança. Desenvolve atividades ligadas a jovens em alto risco, integrantes de gangues juvenis, oferece alternativas de trabalho com capacitação profissional, recreação e esporte. Estimula e oferece oportunidade de voltar a estudar aos jovens saídos das gangues e guerrilha. Atua ainda junto aos negros e índios para reinserir aqueles que abandonaram os movimentos guerrilheiros.

**Cultura e comunicação para a paz e a convivência:** estimula atividades artísticas, culturais e comunitárias pela vida. Educa o cidadão em relação à ética e ao respeito aos direitos

humanos. Propicia o uso e a qualificação do espaço público como espaço civilizado. Desenvolve atividades como o foro permanente de “diálogo para fazer cidade”, a fim de sensibilizar a cidade sobre a necessidade de convivência e contra a violência nas relações urbanas; apoia formas comunitárias de comunicações; participa de programas culturais de reconhecimento e valor do espaço público; publica livros, folhetos e material audiovisual sobre a cidade, a paz e a convivência.

**Diálogo para a paz e a convivência:** estimula a participação da sociedade civil na construção de uma solução política negociada para o conflito social e armado entre a guerrilha e o Estado. Para isto, promove a realização de encontros, mobilizações e jornadas pela paz; apoia as diferentes iniciativas de paz que se dão na Colômbia; apoia ações de mediação e negociação entre setores em conflito, mesmo armado. Uma comissão para a paz global urbana promove a participação de todos os setores sociais (Espitia, 1997: 171-176).

Merece observar que o idealizador de Desepaz é um médico doutor em epidemiologia, titulado em Harvard, à época prefeito de Cali, que aproveitou sua experiência profissional para torná-la mais abrangente e incluir a discussão e a participação da sociedade.

### **Plano de Combate à Violência de Nova Iorque**

A proposta de uma nova política de segurança pública em Nova Iorque foi publicada em documento do Departamento de Polícia, em 1998, e amplamente divulgada. Em linhas gerais, incorpora diretrizes do modelo de policiamento comunitário, dando ênfase à melhoria das relações polícia/população. Parte de alguns parâmetros como intolerância aos pequenos crimes; controle dos locais considerados de alto risco; enfoque sobre problemas que afetam a qualidade de vida; descentralização do planejamento e das ações de segurança, deslocando o poder decisório para os comandos distritais, e, finalmente, “tolerância zero” para os desmandos policiais.

Neste plano de atuação, com ênfase na atividade policial, opera com quatro princípios básicos: 1) o investimento na capacidade e na inteligência investigativa; 2) o uso de táticas flexíveis e adaptáveis às mudanças na dinâmica criminal; 3) alocação e remanejamento rá-

pidos de recursos e de pessoal; e 4) avaliação contínua dos resultados. As novas estratégias e formas de atuação da polícia enfatizam maior presença dos policiais na rua; maior colaboração da população na vigilância; redução da impunidade e articulação das autoridades locais, estaduais e federais.

Embora o plano esteja centrado na idéia da **segurança pública**, apresenta um conjunto de metas mais gerais, a partir de um diagnóstico da violência, cujos alvos principais são: elevação do nível de emprego; melhoria do atendimento emergencial; e enfrentamento e mobilização em torno da violência doméstica. Suas estratégias são as seguintes: desarmar as ruas; diminuir a violência nas escolas e nas ruas; reprimir traficantes de drogas, com foco especial no escalão intermediário do tráfico; quebrar o ciclo da violência doméstica; recuperar os espaços públicos degradados; combater furtos e roubos de, e em, automóveis, investigar e desmontar redes de receptadores e revendedores; enfrentar os problemas de trânsito: engarrafamentos, acidentes, poluição ambiental; combater a corrupção e a brutalidade dos policiais e introduzir a avaliação do comportamento dos mesmos, realizada por representantes das comunidades; incutir nos policiais padrões de cortesia, profissionalismo e respeito; perseguir os fugitivos da justiça.

De 1993 até 1997, em vigor o plano, as taxas de violência correspondentes a homicídios, roubos, agressão grave e estupro caíram 60% em Nova Iorque (New York State Division of Criminal Justice, 1997).

### **A Proposta do Estado do Rio de Janeiro**

O governo recém eleito deste estado pretende atuar nos mesmos moldes do plano apresentado para a cidade de Nova Iorque, ou seja, no setor de segurança pública. Para isto buscará informatizar a polícia civil, não sem antes racionalizar rotinas, com mudanças desde escalas de trabalho do policial até redefinições de metas, de métodos de avaliação e de gerenciamento. Nestas mudanças pretende que os serviços de atendimento ao público e de administração das delegacias sejam transferidos para profissionais não policiais; que as instalações físicas e equipamentos sejam substituídos e/ou reformados; que sejam desenvolvidos *softwares* que permitam a identificação de uma ocorrência desde o boletim até o inquê-

rito, com interface com o Ministério Público; que sejam aplicados *softwares* geo-referenciados para acompanhamento dos indicadores; que sejam utilizados programas articulados em rede; que as informações sobre os dados de violência no estado sejam disponibilizadas na internet; que sejam realizados cursos, qualificações e aperfeiçoamentos da polícia civil para que cumpra sua função constitucional que é a de polícia judiciário-investigativa; que seja incentivada e premiada a atuação eficiente, entendido este último conceito como capacidade investigativa do policial e/ou da equipe; que sejam definidas metas claras e identificadas prioridades, visando à redução da corrupção policial e de crimes mais graves. Além do tráfico de drogas e dos crimes letais, serão enfocados os roubos e furtos de veículos; que sejam mantidas as experiências exitosas, a exemplo da Divisão de Anti-sequestro; que seja criada uma ouvidoria para fazer frente aos crimes contra os direitos humanos perpetrados por policiais; que sejam organizados conselhos comunitários com a participação da sociedade civil e partidos políticos e trabalho preventivo nas comunidades; já estão sendo criados dois conselhos de segurança, um executivo e outro consultivo, para integrar todas as agências pertinentes, em escala estadual, com apoios federais; que sejam colocadas sob a responsabilidade da subsecretaria de segurança pública todas as escolas de polícia e todas as atividades de ensino e qualificação profissional e ética dos mesmos; que seja criada uma subsecretaria adjunta para a questão da violência doméstica contra a mulher, integrando as delegacias especializadas de atendimento à mulher, os abrigos e núcleos já existentes e a serem criados; que seja firmado convênio para implantação do programa de proteção de testemunhas; que haja investimento em três projetos de curto prazo, a serem desenvolvidos pela polícia militar – um para áreas turísticas, outro relativo ao policiamento comunitário, cujo projeto piloto será iniciado no bairro de Copacabana, e, finalmente, o projeto “estádios de paz”, que visa à recuperação da segurança nos estádios de futebol; que o Batalhão de Operações Especiais (Bope) seja ampliado e tenha sede também em Niterói e Baixada, inicialmente, assim como na Zona Oeste, no futuro. Espera-se com isto reduzir o número de mortos nos confrontos, uma vez que o investimento na investigação, tenderá a tornar o confronto desnecessário ou menos fre-

quente; que seja criado em cada batalhão o seu Grupo Especial de Atendimento ao Turista, treinado pelo Bope, que atuará no sentido de impedir intervenções aleatórias, irresponsáveis, voluntaristas ou desencadeadas por interesses escusos; que áreas de responsabilidades comuns sejam definidas, integrando-se ambas as polícias; que sejam redefinidos programas e disciplinas nos cursos em seus vários níveis, privilegiando focos mais dramáticos, relativos à sociedade, cidadania, democracia, direitos humanos e civis, e cultura; que sejam integrados estudiosos de distintas áreas do saber para estabelecer um pacto, definir metas complementares e cronograma de investigações do tema, visando à ampliar a “massa crítica” e consolidar o conhecimento. Todo este trabalho implicará na aplicação de recursos que estão previstos através da transferência do que é arrecadado pelo Departamento Estadual de Trânsito (Soares, 1998).

Esta proposta, ainda em fase de planejamento e negociações, busca integrar o pensamento intelectual ao exercício político, até porque o atual governo foi eleito com a promessa de criar prioritariamente uma política democrática de segurança pública que possibilite soluções para as candentes questões relacionadas à violência no Estado (Garotinho, 1998).

### **Proposta do Center for Disease Control and Prevention**

Esta proposta parte de uma abordagem científica multidisciplinar explicitamente dirigida para a identificação de estratégias efetivas de **prevenção**. É elaborada a partir de um diagnóstico epidemiológico e de uma convicção de que a saúde pública tem um campo de atuação importante sobre o problema, e apresenta um método de atuação baseado na seguintes etapas: 1) definição do problema, que é o delineamento da morbi-mortalidade a partir de caracteres epidemiológicos (quem, quando, onde e como); 2) identificação epidemiológica dos fatores de risco e causas dos traumas (por quê); 3) desenvolvimento e teste de intervenções, através de ensaios prospectivos e aleatórios, comparações de grupos populacionais, análises de tendências, estudos observacionais e de caso-controle; 4) implementação de intervenções com comprovada efetividade, baseada em avaliação, a fim de determinar o custo-efetividade do programa.

A proposta parte da tradição da saúde pública de integrar lideranças, disciplinas, organizações e comunidades, e também do tradicional enfoque de risco. Estabelece relações com os diversos setores: educação, trabalho, mídia, medicina, organizações públicas, comércio e negócios, e justiça criminal. Organiza programas de prevenção em nível local, estadual e federal. Envolve comunidades no desenvolvimento de programas e políticas, e estimula o senso de responsabilidade comunitária para este problema. Grupos étnicos são contemplados. A violência é caracterizada como problema do país e não de minorias étnicas e de pobres, convocando, portanto, a participação de todos na busca de soluções.

Os pontos prioritários para atuação partem da análise dos fatores de risco: prevenção às armas de fogo, abrangendo restrições à produção, circulação e uso, o que significa forte atuação do setor saúde junto ao campo político-jurídico; rompimento do ciclo da violência, incluindo envolvimento dos sanitaristas no âmbito da cultura, das relações e sobretudo prevenindo as violências domésticas (contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos), assim como nos comportamentos, atitudes e práticas médicas de atendimento a esses problemas. Busca do apoio e do engajamento das associações médicas e financiamento de organizações privadas para realização de intervenções e avaliação de seu impacto; desenvolvimento e avaliação de abordagens comunitárias, envolvendo seus líderes, organizações governamentais e não governamentais, responsabilizando a todos pelos esforços de prevenção.

Além de liderar o projeto, o CDC atua em quatro frentes específicas: 1) compilando e disseminando descrições de programas de prevenção à violência e informações sobre como iniciá-los nas comunidades; 2) avaliando as intervenções; 3) financiando demonstrações de projetos que dêem respostas efetivas aos problemas das comunidades; 4) buscando mudar crenças e atitudes tanto nos comportamentos individuais quanto no ambiente.

Os princípios que estão norteando as ações do CDC são: investir em prevenção, especialmente na prevenção primária; buscar as raízes causais, problemas econômicos e sociais como pobreza, falta de emprego e racismo; adotar uma postura de aprendizado contínuo, por processo de avaliação; enfatizar ações coordenadas, primeiramente, tirando vantagens dos benefícios sinérgicos da cooperação

entre instituições, comunidades, disciplinas acadêmicas; intervir o mais precocemente possível nas comunidades afetadas buscando sua colaboração.

Não temos em mãos nenhuma avaliação do sucesso desse programa que se desenvolve desde o início da década de 90, apenas sabemos que tem servido de referência para a Opas/OMS na sua orientação aos países das Américas. Internamente, nos Estados Unidos, essa iniciativa foi saudada de forma controversa. Muitos aprovaram a energia com que a saúde pública passou a enfrentar o problema. Outros, mesmo reconhecendo a importância do envolvimento, criticam o que consideram um certo idealismo dos sanitaristas de quererem dar conta de um problema tradicional da segurança e da justiça, com métodos específicos e tradicionais do campo das doenças, tratando um tema de alta complexidade social como epidemia (Weisberg, 1995).

### **Proposta do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde**

Esse Conselho buscou introduzir na sua agenda e de seus organismos representativos a prevenção e a atenção às vítimas de violência como tema relevante do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo foi o de criar um plano de ação cujas metas, para 1999, serão: 1) realizar em todos os municípios brasileiros um programa de sensibilização sobre o tema; 2) realizar um programa de formação de recursos humanos, visando implantar um sistema de informação em todas as capitais e municípios com mais de 70/1.000.000 de mortes por causas externas e naqueles onde a questão da violência é relevante; 3) criar um modelo de vigilância epidemiológica para causas externas a ser progressivamente implantado; e 4) promover a participação das secretarias municipais nas atividades intersetoriais voltadas para a superação da violência nas comunidades locais.

Suas ações estarão centradas, inicialmente, em quatro pontos: 1) a violência contra crianças e adolescentes; 2) a violência contra a mulher; 3) os atendimentos aos agravos por violência nas emergências; e 4) o sistema de informação e vigilância às causas externas.

O Conselho entende que, em relação às **crianças e adolescentes**, a identificação, a prevenção primária e o cuidado mais abrangente dos casos de violência que chegam ao ser-

viço de saúde são possíveis, desde que se trabalhe num processo de sensibilização e de formação de profissionais, dando-lhes as devidas condições instrumentais, e esclarecendo as suas responsabilidades para com as crianças e os adolescentes. Além da atuação setorial específica, preconiza a participação nas políticas, estratégias e ações intersetoriais que busquem atuar nos fundamentos do Estado e da sociedade, sobretudo nos processos de democratização política, social, econômica e cultural. Entende que essa participação amplia a cidadania e a equidade, considerando que o conceito de saúde tem como eixo central a qualidade de vida.

Em relação à violência contra a **mulher**, o plano propõe desenvolver uma consciência crítica, na sociedade e nos serviços locais de saúde, sobre o significado da violência contra esse grupo social específico, da forma mais abrangente possível, sabendo que a mentalidade patriarcalista e a violência de gênero são um problema universal no país. Objetiva também discutir formas de organizar os serviços de modo a melhorar a sensibilidade para os sintomas e sinais de violência apresentados pelas mulheres; melhorar a notificação dos casos e participar intersetorialmente na criação e manutenção dos serviços de referência para as vítimas.

Quanto ao **atendimento nas emergências**, propõe melhorar o desempenho dos serviços, a formação dos profissionais e o entrosamento das equipes para pensar técnica e humanisticamente o atendimento; melhorar o sistema de informações; e melhorar a rede de referência a fim de que as diferentes etapas dos tratamentos aos que sofreram lesões possam ter continuidade.

No que se refere ao **sistema de informações** sobre causas externas, o plano propõe investimento na sensibilização e treinamento de profissionais das secretarias municipais de saúde, visando ao aprimoramento de seus instrumentos de captação de dados, considerando estarem aí as fontes primárias capazes de permitir um dimensionamento quantitativo e qualitativo da questão. Objetiva a articulação com os dados da segurança pública e a busca de assessoria para aprofundamento de pesquisas que forneçam o perfil sócio-epidemiológico mais aproximado às realidades dos municípios brasileiros.

Tal proposta de ação tem como público alvo em um nível mais geral, os secretários de

saúde e as coordenações municipais e, em um nível mais específico, os profissionais de nível primário da atenção à saúde (comunitário e ambulatorial) e os que trabalham no atendimento emergencial, inclusive os do setor de epidemiologia.

As estratégias de atuação do plano prevêem atividades de sensibilização, de integração e de atuação. A sensibilização dos secretários de saúde em reuniões deliberativas e a dos demais profissionais do setor, por meio de divulgação em publicações de entidades representativas e sindicatos dos profissionais de saúde. A população também está contemplada nessa proposta, sendo alvo de pequenas mensagens a serem veiculadas na mídia, correlacionando violência, saúde e prevenção. A integração prevê a realização de dois seminários no ano de 1999 – um no início para definir a agenda de trabalho e outro no final do ano, para avaliar as metas atingidas, estimular o diálogo e colaborar na manutenção dos projetos que deverão cada vez mais ter um caráter local.

Como podemos ver, trata-se de uma proposta inicial para colocar o tema na pauta das práticas do setor saúde. Assim, o Conasems pretende, no ano de 1999, atingir a meta de abranger 50% dos municípios representados, nos quais pelo menos uma equipe possa ser sensibilizada e treinada, na medida em que propostas de melhorias dos serviços estejam sendo progressivamente implantadas, buscando articular o potencial de colaboração de toda a sociedade e também, de modo particular, das universidades nos diversos estados do país.

### **Proposta do Comitê Técnico Científico (CTC) do Ministério da Saúde**

O MS, diante da magnitude do problema da violência no Brasil, de sua transcendência e do impacto que provoca na morbidade e mortalidade da população, instituiu um CTC de assessoramento, ligado ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências da Secretaria de Políticas de Saúde. Paralelamente, e em função da importância do tema contra crianças e adolescentes, criou também o CTC de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e na Adolescência. Esses comitês já iniciaram as discussões sobre o tema, estabelecendo como objetivo formular uma política de prevenção e atenção aos acidentes e violências, dentro de alguns parâmetros considerados relevantes:

cada um dos acidentes e violências, em maior ou menor grau, é prevenível; o setor saúde não é o único responsável pelos problemas, pelo risco dos acidentes e violências: é a encruzilhada para onde convergem os resultantes desses eventos sociais. Os demais setores e instituições da sociedade também devem ser instados a refletir e atuar na prevenção; o setor saúde tem o dever de apontar os caminhos para a sociedade, apresentando-lhe informações, análises e indicadores provenientes dos dados de seus sistemas de informação de mortalidade e de morbidade; a prevenção deve ser entendida em seu conceito mais amplo, abrangendo a antecipação do evento, das seqüelas e das mortes; as iniciativas necessitam de sensibilização intragovernamental e de vontade política.

O plano propõe as seguintes estratégias de trabalho: a) dar um tom positivo ao projeto político de prevenção da violência e acidentes; b) valorizar e articular as iniciativas existentes e dispersas; c) articular a formulação de política e estratégias das ações, nos diferentes órgãos e setores do SUS; d) articular intersectorialmente e com os movimentos da sociedade organizada; e) manter cooperação técnica e científica com países que têm políticas pertinentes aos problemas aqui tratados; f) as ações compreenderão sensibilização, assistência e recuperação.

O plano de metas inicial contempla: informação e vigilância epidemiológica; acidentes de trânsito/transporte; atendimento pré-hospitalar; grupos populacionais: crianças, adolescentes e jovens, mulheres e idosos; e recuperação e reabilitação. Está em andamento uma articulação com a divisão de saúde do trabalhador, para incluir a violência nos ambientes de trabalho como uma das metas do plano.

No tocante à **informação**, a carência de conhecimento em torno dos eventos violentos na área de saúde está intrinsecamente ligada aos inúmeros problemas com os dados existentes nos sistemas estruturados no país, que não se comunicam nem seguem a mesma metodologia. Identificaram-se como principais fontes de informação a serem tratadas e articuladas: o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); o Boletim de Ocorrência Policial (BO); a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); (5) o Boletim do Departamento Nacional de Estradas de Rodagem (DNER).

Quanto à vigilância epidemiológica, a proposta é iniciar com alguns projetos pilotos em locais específicos, atuando na busca de consistência dos dados, na implantação de rotinas de registros para melhor conhecimento de determinados agravos, no estabelecimento dos fatores de risco, no monitoramento de eventos e na avaliação de eficácia de ações.

No que se refere aos acidentes de trânsito e transporte, o plano prevê uma articulação muito forte com o Departamento Nacional de Trânsito para que sejam efetivadas as medidas que preservem a saúde dos motoristas e passageiros (cinto de segurança, controle de velocidade, abstinência de álcool por parte do motorista, questões ergonômicas, orientação sobre descanso e estresse nas viagens, e outros), assim como a normalização de ações de emergência e atenção às vítimas de acidentes.

No campo específico da saúde, prevê-se a atuação no **atendimento pré-hospitalar (APH)**, visando à formação de recursos humanos especializados, em nível superior e médio, para o atendimento na área de emergência; ao fomento à implantação e ampliação da rede de serviços para o atendimento aos acidentados; à normalização das atividades do APH; à integração do APH aos serviços de emergência, a partir do mapeamento de áreas de risco.

Em relação às **crianças, adolescentes e jovens** a proposta do MS visa à consolidação dos princípios para as políticas públicas nacionais na área da prevenção de acidentes e violência na infância e adolescência. De um lado busca articular com todos os outros setores públicos para resguardar os direitos estabelecidos na Constituição de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. De outro estabelece estratégias específicas do setor saúde para o atendimento primário e nos hospitais.

Dois grandes eixos são considerados: os acidentes e as violências. O primeiro abrange os acidentes domésticos como quedas, queimaduras, intoxicações e afogamentos e outras lesões, considerando as faixas etárias do ciclo evolutivo da criança e adolescente: 0-3 meses, 4-6 meses, 7-12 meses, 1-2 anos, 2-3 anos, 3-5 anos, pré-escolar, escolar e adolescência; e os acidentes extradomiciliares como acidentes de trânsito, afogamentos, intoxicações e outras lesões. No eixo das violências foram incluídas as agressões domésticas: abuso físico, sexual e psicológico, a negligência e o abandono; e as violências extradomiciliares: exploração do trabalho infante-juvenil, exploração sexual de

crianças e adolescentes, além das originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia.

A atuação para a **recuperação e a reabilitação** visa, sobretudo, à incentivar a prevenção dos acidentes/violências em geral e dos acidentes de trânsito em particular; à informar, orientar e apoiar o paciente e a família como sujeitos da ação de recuperação e reabilitação; à promover as condições de readaptação e reinserção do paciente na família e na sociedade; e à sensibilizar a sociedade civil sobre as necessidades básicas do paciente em recuperação/reabilitação.

Estão sendo ainda elaboradas as estratégias relacionadas à **violência contra a mulher, os idosos e os trabalhadores**.

## Conclusões

Pela reflexão apresentada anteriormente, concluímos que qualquer projeto de prevenção da violência deve levar em conta a complexidade desse fenômeno que possui raízes macroestruturais, formas de expressão conjunturais e atualização na cotidianidade das relações interpessoais. Por causa de seu caráter complexo, a partir de qualquer ângulo que seja abordado esse processo social, as análises têm que ser abrangentes e específicas simultaneamente, assim como devem envolver diferentes contextos e atingir os sujeitos que sofrem ou provocam intolerância, conflitos e agressões. Desta forma, é papel do setor saúde liderar ações específicas, intersetoriais e de militância cidadã, buscando promover qualidade de vida, ambiente saudável, incorporação de direitos e superação de processos de dominação, de exclusão e de violência física, moral e emocional. Dentro de ações específicas, investir na prevenção de agravos e riscos e na atenção e recuperação das vítimas de violências e acidentes.

As seis propostas aqui apresentadas, umas mais abrangentes, outras mais setorialmente focalizadas, revelam os limites da tolerância social para as situações de banalização da vida e da morte na arena de várias sociedades neste fim de século. Este é também o caso do Brasil. Como filosofa Soares: *“o pessimismo da razão não deve desautorizar o otimismo da vontade, ainda que seja apenas para que a fortuna se cumpra de modo mais virtuoso: para que possamos viver com a disposição cívica que so-*

mente a esperança propícia. E para que possamos formular juízos mais justos quando observamos a realidade da violência entre nós” (Soares, 1993: 7).

Frente às opiniões aqui expressas, retornamos indagando a nossos debatedores e provocando-os à argumentação: **é possível prevenir a violência?**

## Referências

- Agudelo SF 1990. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. *Boletín Epidemiológico de la OPS* 11: 1-7.
- Agudelo SF 1995. *Violencia, Ciudadanía y Salud Pública*. Conferência apresentada no II Congresso Iberoamericano, I Latino-americano e III Brasileiro de Epidemiologia. Salvador, 20 pp. (mimeo).
- Agudelo SF 1998. *Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 233 pp.
- Americas Watch 1993. *Violência Policial Urbana no Brasil: Mortes e Tortura pela Polícia em São Paulo e no Rio de Janeiro nos Últimos Cinco Anos, 1987-1992*. Relatório de Pesquisa. Núcleo de Estudos da Violência, Universidade de São Paulo, São Paulo, 52 pp.
- Arendt A 1990. *As Origens do Totalitarismo*. Companhia das Letras, São Paulo, 480 pp.
- Arendt A 1994. *Sobre a Violência*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 114 pp.
- Assis SG 1994. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (Supl. 1): 126-134.
- Barash D 1977. *Sociology and Behavior*. Double Day, New York.
- Boulding E 1981. Las mujeres y la violencia social, p. 265-279. In *La Violencia y sus Causas*. Unesco, Paris.
- Burke P 1995. Violência social e civilização. *Braudel Papers* 12: 1-8.
- Buss PM 1998. *Promoção da Saúde e a Saúde Pública*. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 177 pp. (mimeo).
- Cardia N 1995. Direitos humanos e exclusão social, p. 19-44. In *Os Direitos Humanos no Brasil*. Núcleo de Estudos sobre Violência, São Paulo.
- Chesnais JC 1981. *Histoire de la Violence en Occident de 1800 à nos Jours*. Robert Laffont, Paris, 497 pp.
- Denisov V 1986. *Violencia Social: Ideologia y Política*. Editorial Progreso, Moscou.
- Deslandes SF 1994. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: Análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (Supl.1): 177-187.
- Domenach JM 1981. La violencia, p. 33-45. In *La Violencia y sus Causas*. Unesco, Paris.
- Engels F 1981. Teoria da violência, p. 146-188. In *Engels*. Ática, São Paulo.
- Espitia VE 1997. Consejería para el desarrollo, la seguridad y la paz, Desepaz. Alcaldía de Santiago de Cali, p. 166-176. In *Memorias. Foro Nacional. El Sector Salud Frente a la Violencia en Colombia. Políticas y Plan de Acción*. Ministerio de Salud Dirección General de Formación y Prevención. Corporación Salud y Desarrollo. Santa Fe de Bogotá.
- Fanon F 1961. *The Wretched of the Earth*. Grove Press, New York.
- Fingerhut LA, Ingram DD & Feldman JJ 1992a. Firearm and nonfirearm homicide among persons 15 through 19 years of age. *JAMA* 267(22): 3048-3053.
- Fingerhut LA, Ingram DD & Feldman JJ 1992b. Firearm homicide among black teenage males in metropolitan counties. *JAMA* 267(22): 3054-3058.
- Fonseca C 1993. Bandidos e mocinhos: antropologia da violência no cotidiano. *Humanas/Revista do IFCH, UFRGS* 16(2): 67-89.
- Freud S 1980. Por que a guerra? Ed. *Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 22: 241-259, Imago, Rio de Janeiro.
- Garotinho A 1998. *Violência e Criminalidade no Estado do Rio de Janeiro: Diagnóstico e Propostas para uma Política Democrática de Segurança Pública*. Hama, Rio de Janeiro, 168 pp.
- Heise L 1994. Gender based abuse: the global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (Supl. 1): 135-145.
- Hirsch CS, Rushforth NB, Ford AB & Adelson L 1973. Homicide and suicide in a metropolitan county. *JAMA* 223(8): 900-905.
- Lalonde M 1996. El concepto de “campo de la salud”: Una perspectiva canadiense. In *Promoción de la Salud: Una Antología*. Opas, Publicación científica nº 557, Washington.
- Leavel H & Clark EG 1976. *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill, São Paulo, 744 pp.
- Lorenz K 1979. *A Agressão: Uma História Natural do Mal*. 2 ed., Moraes, Lisboa.
- Marx K & Engels F 1972. The civil war in France, p. 526-576. In *Selected Works*. WW Norton, New York.
- Mercy JÁ et al 1993. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs* Winter 5-29.



- Mesquita M 1995. *Homicídios de crianças e adolescentes: Uma contribuição para a administração da justiça criminal em São Paulo*. Relatório de Pesquisa Aplicada, Ministério Público do Estado de São Paulo/Unicef, São Paulo, 85 pp. (mimeo).
- Minayo MCS 1993. *O Limite da Exclusão Social: Meninos e Meninas de Rua no Brasil*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro, 124 pp.
- Minayo MCS et al. 1990. *Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Saúde* (Panorama ENSP 2). Fiocruz/Secretaria de Desenvolvimento Educacional, Rio de Janeiro, 168 pp.
- Ministério da Saúde 1998a. *Prevenção de Acidentes e Violências no Brasil. Documento Básico*. Preparado pelo Comitê Técnico Científico para o Grupo de Trabalho Acidentes e Violência e Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica para Acidentes e Violências. Brasília, 13 pp. (mimeo).
- Ministério da Saúde 1998b. *Plano de Ação para o Consenso*. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas Públicas/Área Técnica para Acidentes e Violências. Brasília, 11 pp. (mimeo).
- New York State Division of Criminal Justice Services 1997. *Criminal Justice Indicators. New York City: 1992-1996*.
- OMS – Organização Mundial de Saúde 1985. *Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos*. 9ª revisão. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, São Paulo.
- OMS – Organização Mundial de Saúde 1993. *Salud Mundial*. OMS, Genebra.
- OMS – Organização Mundial de Saúde 1996. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª revisão. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, São Paulo, 1.191 pp.
- Opas – Organização Pan-americana de Saúde 1993. *Resolución XIX: Violencia y Salud*. Washington, (mimeo).
- Prata PRA 1992. Transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 8(2): 168-175.
- Rodrigues SB 1994. Banditismo e o eclipse dos movimentos urbanos no Rio de Janeiro. *Cadernos do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia/ICHF da Universidade Federal Fluminense* 64 (módulo 3), “não paginada”.
- Sartre JP 1961. Prefácio, p. 3-20. In F Fanon, *The Wretched of the Earth*. Grove Press, New York.
- Soares LE 1993. Criminalidade urbana e violência: O Rio de Janeiro no contexto internacional, “não paginada”. In *Criminalidade Urbana e Violência: o Rio de Janeiro e o Contexto Internacional*, Série Textos de Pesquisa, ISER, Rio de Janeiro.
- Soares LE 1998. *Feliz Natal e Algumas Palavras sobre o Futuro Próximo*. Correspondência pessoal de 24/12/98, Rio de Janeiro.
- Soares LE, Rodrigues JAS, SÉ JTS & Soares BM 1993. *A Violência no Rio de Janeiro: Símbolos, Ícones e Índices*, Série Textos de Pesquisa, ISER, Rio de Janeiro, 46 pp.
- Sorel G 1992. *Reflexões sobre a Violência*. Coleção Tópicos, Martins Fontes, São Paulo, 382 pp.
- Souza ER 1992. *O Reflexo da Violência na Mortalidade da Baixada Fluminense, Brasil*. Relatório final de pesquisa. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 106 pp.
- Souza ER & Assis SG 1996. Mortalidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 45(2): 85-94.
- Souza ER & Freitas MS 1995. *Do Sonho de Vida à Realidade da Morte: Homicídios de Adolescentes no Rio de Janeiro*. Claves/ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 18 pp. (mimeo).
- Souza ER & Minayo MCS 1995. O impacto da violência social na saúde pública no Brasil, p. 87-116. In MCS Minayo (org.), *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*. Hucitec, São Paulo.
- Souza ER, Assis SG & Silva CMFP 1997. Violência no município do Rio de Janeiro; áreas de risco e tendência da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Revista Pan-americana de Salud Publica* 1(5): 389-398.
- Weisberg B 1995. *Violence a Public Health Epidemic* (to appear in the jaxfax of the National Rainbow Coalition, New York, 48 pp. (mimeo).
- Wilson E 1977. Human sociobiology: A preface, p. 1-50. In *Essays in Human Sociobiology*. Haven Press, New York.