

Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde

Violence: a New Old Challenge for Health Care

Maria Cecília de Souza Minayo¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Violência;
- Saúde;
- Ação Intersetorial.

KEY-WORDS:

- Violence;
- Health;
- Intersectorial Action.

RESUMO

Este artigo propõe uma reflexão sobre a violência e seu impacto sobre a saúde, tomando como exemplo o caso brasileiro. Inicia-se com uma exposição sobre as dificuldades de inclusão do tema na área da saúde. Critica as visões que absolutizam o sentido da violência, considerando-a um processo a-histórico e acima das consciências e da sociedade. Numa perspectiva histórica, busca situar o tema no campo social e da saúde, advertindo para o risco epistemológico e prático de reducionismo quando se trata esse fenômeno como uma epidemia, ou seja, como uma "doença social". Mostra que a violência é um fenômeno muito mais complexo, que constitui um problema histórico, um termômetro social e um indicador de qualidade de vida. Inclui alguns dados gerais e chama atenção para os caminhos de possibilidade de ação setorial e intersetorial e, sobretudo, para a atuação médica.

ABSTRACT

This article aims to present some reflections on violence and its impact on health services and the health of the Brazilian population. It begins with a critical commentary on perspectives that ascribe a sense of absoluteness to violence by considering it an ahistorical process, beyond conscience and society. Second, it calls attention to the epistemological and practical risk of reductionism in the health sector, dealing with the phenomenon of violence as an epidemic, i.e., considering it a "social disease". The author shows how the phenomenon is much more complex. Violence is a social problem, a barometer, and an indicator of quality of life. The text includes some general data and calls attention to the possibility of sector-based and inter-sector actions, mainly for medical practice.

Recebido em: 05/08/2004

Aprovado em: 08/12/2004

¹ Pesquisadora Titular, Coordenadora do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

Neste artigo, busca-se discutir a participação do setor saúde, principalmente da atenção médica, na abordagem teórica e prática da violência. Para isso, articulam-se os conceitos centrais de análise, tentando provocar um debate necessário na pauta tradicional da área, freqüentemente voltada para os conceitos biomédicos que dizem respeito à saúde física e à história natural das doenças. O tema da violência faz parte de uma nova agenda evidenciada pelas mudanças no perfil epidemiológico do País, que, nos últimos 30 anos, passou por uma transição importante. Às enfermidades infecciosas e parasitárias colocadas nos primeiros lugares como causas de morte e de morbidade se sucederam doenças vinculadas às condições, situações e estilos de vida.

Essa transformação importante^{1,2} possui características peculiares no caso brasileiro^{3,4}, em que se observa a convivência de situações de subdesenvolvimento social e de elevado índice de qualidade de vida, devendo ser examinada com a complexidade que merece. Analisando-se de forma aglomerada, as três primeiras causas de mortalidade hoje são, pela ordem, as enfermidades cardiovasculares, as violências e os acidentes, e as neoplasias. Todas elas requerem formas de prevenção e de tratamento que excedem o estrito paradigma biomédico, exigindo-se a integração da visão biológica com a complexidade dos modos de vida e das relações sociais. Portanto, não é apenas a violência que provoca turbulência na tecnicidade da atuação médica, mas, sim, um espectro de mudanças que exigem transformações conceituais.

Hannah Arendt⁵ é uma das principais inspiradoras da parte conceitual deste artigo, com sua reflexiva e contundente frase: "a violência dramatiza causas". Essa autora, que apresenta uma das mais vigorosas reflexões sobre o tema, considera que: "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 causas e trazê-las à atenção pública"⁵. Suas considerações estão voltadas para o campo político e social. Na área da saúde pública, as discussões teóricas estão apenas começando e, como por estágios, vão se introduzindo nas pautas das diversas categorias profissionais, empurradas pela contundência da realidade.

Se é verdade que a partir das décadas de 1960 e 1970 houve, nos países da América Latina, um grande esforço teórico-metodológico para compreender a saúde como uma questão complexa, resultante de determinações e condicionantes sociais, nunca um tema provocou tanta resistência para sua inclusão na pauta sanitária como tem sido o caso da violência. As razões são muitas. Algumas vêm do próprio âmbito onde

o tema tem sido tratado tradicionalmente, o terreno do direito criminal e da segurança pública. Desde que se constituíram, os Estados modernos assumiram para si o monopólio legítimo da violência, retirando-a do arbítrio dos indivíduos, tornando a sua coibição um serviço público exclusivo das polícias, milícias e exércitos, além de codificá-la no campo da justiça criminal⁶.

Outros motivos vêm dos fundamentos filosóficos da área, terreno de quase monopólio do modelo médico e biomédico, cuja racionalidade tende a incorporar o social apenas como variável ambiental da produção das doenças. No entanto, como disse William Forge, citado numa revista da OMS, comemorativa do Dia Mundial da Saúde em 1993, dedicada à prevenção de acidentes e traumas: "desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortalidade prematura"⁷. Até bem pouco tempo, porém, o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como um espectador, um contador de eventos, um reparador de estragos provocados pelos conflitos sociais, (considerados externos a ele), tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais, provocadas por catástrofes, guerras, genocídios e terror político.

Essa visão começa a mudar na década de 1960, numa das especialidades mais sensíveis do campo médico. Embora desde o século 19 existam registros de violência contra as crianças e jovens, é nos anos 60 do século 20 que a pediatria americana passa a estudar, diagnosticar e medicar a chamada "síndrome do bebê espancado", situando-a como um sério problema para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Já uma década depois, vários países haviam criado, dentro dos setores sociais e de saúde, programas não apenas assistenciais como também preventivos de violência intrafamiliar, tornando público e passível de intervenção um problema até então tratado como de foro íntimo.

Outro processo importante que se intensificou a partir de 1970, também influenciando o setor, foi o movimento feminista. Sua filosofia e método de trabalho, buscando sensibilizar as mulheres e a sociedade contra a opressão e a dominação proveniente da cultura patriarcal, têm gerado mudanças essenciais na abordagem da saúde. Desta forma, a violência fundamentada no gênero, incluindo agressões domésticas, mutilação, abuso sexual, psicológico e homicídios, em vários países, passou a fazer parte da agenda pública dos serviços de saúde. Tal conquista política propiciou a elaboração de muitas pesquisas e redundou na criação de métodos e estratégias de diagnósticos e de cuidados das lesões físicas e emocionais na atenção às mulheres, assim como incorporou estratégias de prevenção.

Em toda a América Latina, só a partir da década de 1980 a agenda do setor tem tendido a incorporar de forma mais

ampla a problemática da violência. Essa direção pode ser compreendida e sintetizada sob dois parâmetros. Por um lado, observa-se a própria ampliação contemporânea da consciência do valor da vida e dos direitos de cidadania, sucedendo aos períodos de autoritarismo político na região. De outro, constatam-se as mudanças dos perfis de morbimortalidade na maioria dos países latino-americanos nos moldes apontados acima. A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) tem tido um papel fundamental na sensibilização para essa problemática e na inclusão do tema na agenda do setor, consolidando documentos específicos, discutidos em suas assembleias anuais. De importância fundamental foram as de 1993 e 1994, que trataram especificamente do assunto. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua 49ª assembleia, reafirmou o tema como uma de suas prioridades de atuação. E colocou a violência como um dos cinco problemas principais a serem objeto de políticas específicas para a América Latina nos dez primeiros anos do século 21⁸.

O eixo central de qualquer reflexão sobre a violência se fundamenta na complexidade, na polissemia e na controvérsia deste objeto: ele gera sobre si muitas teorias e, frequentemente, quase todas são parciais. Para efeito deste trabalho e levando em conta o que acontece na prática, utiliza-se aqui a definição do documento denominado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, do Ministério da Saúde Brasileiro⁹, elaborado por uma equipe de especialistas, que assim a define: "a violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, classes, nações, ou omissões, que ocasionam a morte de seres humanos, ou afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual". Apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dialética entre vítimas e agressores, e entre os aspectos coletivos, objetivos e subjetivos.

Da mesma forma, esse documento conceitua acidente, outra categoria com a qual o setor saúde costuma trabalhar concomitantemente ao da violência, como "o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico e em outros espaços sociais, como o do trabalho, o do trânsito, o de esportes e lazer, dentre outros". Considerando a dificuldade de estabelecer com precisão o caráter de intencionalidade desses eventos, entende-se neste trabalho que tanto os dados como as interpretações referentes a violências e acidentes comportam sempre certo grau de imprecisão.

Os acidentes e violências configuram, assim, um conjunto de eventos e lesões que podem ou não levar a óbito, reconhecidos na Classificação Internacional das Doenças (CID) como

"causas externas". Quanto à morbidade, aí se incluem lesões físicas e psíquicas, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações. Embora de profundo impacto sobre o setor, constituindo em países como o Brasil e a Colômbia^{8,10} a segunda causa de mortalidade, é impróprio falar sobre a violência como uma epidemia, pois isto seria reduzi-la a um conceito estrito do campo médico. Essa redução poderia repercutir inclusive nas formas instrumentais de abordá-la, na medida em que desconsiderasse os múltiplos fatores eminentemente sociais que configuram suas expressões.

A VIOLÊNCIA COMO PARTE DO PROCESSO HISTÓRICO-SOCIAL

Um dos problemas enfrentados pelos que estudam e discutem a violência é a sua etiologia e pluricausalidade. Fenômeno eminentemente social, ela nasceu com a sociedade. Todos os mitos originários conhecidos da humanidade, em alguma medida, falam da luta fratricida como elemento constitutivo das organizações sociais. A história de Caim e Abel na Bíblia é exemplo de como é quase impossível falar de qualquer trajetória humana sem reconhecer a convivência com o uso da força, da experiência de dominação e das tentativas de exclusão do outro. No entanto, se é simples dizer que a violência se enraíza nos fundamentos das relações sociais, é muito difícil determinar suas causas e emitir um juízo de valor sobre seu sentido. Basta frequentar as páginas dos grandes jornais que publicam debates de especialistas no tema para perceber a dificuldade de consenso nas interpretações. Mais que isso, em relação a ela, a soma das verdades individuais não reproduz a verdade social e histórica, e os mitos e as crenças que existem a seu respeito costumam distorcer a realidade. Isso retira de sua definição qualquer sentido positivista e lhe confere o *status* de fenômeno complexo.

TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

Neste texto, a tipologia proposta para classificação da violência acompanha o Relatório Mundial da OMS¹¹, que categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas: (a) violência dirigida pela pessoa contra si mesma: auto-infligida; (b) violência nas relações: interpessoal; (c) violência no âmbito sociedade: coletiva.

Por violências auto-infligidas se entendem os comportamentos suicidas e os auto-abusos. No primeiro caso, a tipologia contempla *suicídio*, *ideação suicida* e *tentativas de suicídio*. O conceito de auto-abuso nomeia as *agressões a si próprio* e as *automutilações*.

As violências interpessoais são classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário. Por *violência intrafamiliar*

se entende a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos. Considera-se que a violência intrafamiliar é, em geral, uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando numa família se detecta algum tipo de abuso, com frequência, ali existe, rotineiramente, uma inter-relação que expressa várias formas de violência. A *violência comunitária* é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Consideram-se suas várias expressões como violência juvenil, agressões físicas, estupro, ataques sexuais e, inclusive, a violência institucional que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Em *violências coletivas* se classificam os atos que causam danos, lesões e mortes, e que acontecem nos âmbitos macrosociais, políticos e econômicos, caracterizando a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria, no âmbito social, incluem-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e de multidões. No campo político, são consideradas as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. A classificação de violência coletiva abrange ainda ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação.

À classificação criada pelo Relatório da OMS¹¹ acrescenta-se um tipo de violência que se denomina "estrutural"¹². Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificada, aparentemente sem sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação. A maioria dos tipos de violência citados tem sua base na violência estrutural.

NATUREZA DA VIOLÊNCIA

Geralmente, a natureza dos atos violentos pode ser classificada em quatro modalidades, que também são denominadas abusos ou maus-tratos: "física, psicológica, sexual e envolvendo abandono, negligência ou privação de cuidados".

O termo "abuso físico" significa o uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem⁹. A

categoria "abuso psicológico" nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social⁹. A classificação "abuso sexual" diz respeito ao ato ou ao jogo sexual que ocorre nas relações hétero ou homossexual e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Por "negligência" ou "abandono" se entende a ausência, a recusa ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados.

Todas as tipologias descritas no item anterior comportam as classificações distribuídas no que aqui se considera "natureza da violência".

ABORDAGENS DA MAGNITUDE E DOS SENTIDOS DA VIOLÊNCIA

O Relatório da OMS propõe um modelo ecológico de explicação das "raízes da violência"¹¹. O primeiro nível busca identificar os **fatores biológicos e pessoais** que cada pessoa porta em seu comportamento, concentrando-se nas características que aumentam a possibilidade de o indivíduo ser vítima ou perpetrador de violência.

O segundo nível nomeia os **fatores relacionais**, evidenciando as interações sociais, nos âmbitos mais próximos dos companheiros, dos colegas, dos parceiros íntimos, dos membros da família, e sua influência na vitimização ou na perpetração da violência. No caso dos jovens, o documento reafirma a importância dos amigos como incentivadores de atividades delinqüenciais e criminosas.

Em terceiro lugar são colocados os **fatores comunitários** e sua influência na dinâmica da violência. Nesses contextos comunitários são nomeados os locais de trabalho, a escola e a vizinhança, e como problemas os altos níveis de desemprego, a presença de tráfico de drogas e de armas, e componentes de ordem relacional, como o isolamento social em que vivem determinadas famílias.

Em quarto lugar, o modelo ecológico enfatiza os **fatores sociais mais amplos** que contextualizam os índices de violência. Citam-se: normas culturais que a justificam como forma de resolver conflitos; atitudes que consideram a opção pelo suicídio como um direito de escolha individual; machismo e cultura adultocêntrica; normas que validam o uso abusivo da força pela polícia; interesses políticos e econômicos que apóiam conflitos políticos. O texto da OMS¹¹ refere-se ainda às políticas de educação, saúde, econômicas e sociais que contribuem para manter desigualdades, ou seja, a violência estrutural, lembrando que, numa perspectiva de desenvolvimento

⁹ Os termos "violências, abusos, maus-tratos" não significam necessariamente a mesma coisa. Há, inclusive, várias discussões teóricas a respeito, pois cada um deles carrega uma carga ideológica e histórica específica. No entanto, para os efeitos práticos e de divulgação que este documento tem, os termos serão utilizados como sinônimos e indiscriminadamente.

humano, são diferentes os elementos que influenciam a vitimização ou a perpetração de violência nas várias faixas etárias.

Assumindo a proposta ecológica, é preciso dar ênfase ao sentido dinâmico da produção da violência, cuja interpretação se adapta à teoria da causalidade complexa, em que "todas as coisas são causadas e causadoras" e em que se evidenciam a retroalimentação entre os fatores e a reflexividade dos fenômenos. Por isso, a tônica teórica e metodológica aqui proposta é a do imbricamento dos âmbitos biológico, subjetivo e social.

Sobre a causalidade da violência, no campo acadêmico há pelo menos três correntes em disputa. De um lado estão os que sustentam a violência como resultante de necessidades biológicas. Aí se encontram vários sociobiólogos, que, generalizando as descobertas de Konrad Lorenz¹³, consideram esse fenômeno como resultante dos condicionamentos biogenéticos que se processam nos indivíduos, sendo, assim, um fenômeno inerente à natureza humana". De outro, os que o explicam a partir exclusivamente do arbítrio dos sujeitos, como se os resultados socialmente visíveis dependessem da soma dos comportamentos individuais. Outros, por fim, o consideram um fenômeno de origem unicamente social, provocado ora por ruptura da ordem, ora pela vingança dos oprimidos, ora pela fraqueza do Estado.

Entende-se, aqui, que a violência, por sua natureza complexa, envolve as pessoas em sua totalidade biopsíquica e social. Porém, o *locus* de sua realização é o contexto histórico-social e o ambiente cultural, onde as particularidades biológicas se expressam nas idiosincrasias de cada um a partir de uma dinâmica estruturante das relações e das circunstâncias sociais. As explicações biológicas como determinantes podem ser assumidas apenas nos casos patológicos, nos quais os indivíduos devem ser julgados a partir da compreensão de seus problemas específicos.

Isso significa que, para conseguir dimensionar e compreender o impacto da violência sobre a saúde, são imprescindíveis estudos interdisciplinares, que trabalhem com abordagens de triangulação de métodos e incluam uma visão quantitativa e qualitativa do fenômeno. Não basta quantificar os mortos, os feridos, as vítimas e os agressores, pois eles fazem parte de uma realidade histórica e cultural, e possuem razões subjetivas, como extensamente já se mencionou. Saber a magnitude do fenômeno e seus sentidos é pré-requisito para a formulação de programas de promoção e de prevenção propostos pelo setor saúde.

¹³ Em seu texto *A violência dramatiza causas, no livro A violência sob o olhar da saúde*, Minayo (2003) apresenta e discute toda a argumentação desenvolvida nas correntes biologicistas, psicologicistas e sociais.

Do ponto de vista quantitativo, é importante produzir conhecimento sobre: (a) a magnitude dos fenômenos em suas dimensões traduzidas em morbidade e mortalidade; (b) as diferenciações internas e as circunstâncias das fatalidades, dos traumas e das lesões que constituem as conseqüências da violência; (c) os fatores que aumentam o risco de vitimização; (d) os fatores que contribuem para a perpetração dos crimes e agressões; (e) a especificação demográfica e ambiental dos eventos; (f) as configurações de cunho local das expressões de violências que permitam a atuação por prioridades; (g) a triangulação de dados epidemiológicos com informações históricas, culturais e subjetivas de cunho qualitativo.

Do ponto de vista qualitativo, é fundamental criar: (a) a compreensão do momento histórico vivido pelo país e pelas regiões dentro do país, uma vez que a violência costuma ser um termômetro muito importante para medir as expressões dos conflitos, dos projetos, das crises e das expectativas sociais. Embora a violência seja um fenômeno permanente na história da humanidade, suas formas de manifestação são diferentes no tempo e no espaço; (b) a compreensão da dinâmica dos contextos locais, culturais e das razões subjetivas com que as tipologias de violência se expressam; (c) a articulação das informações compreensivas com dados quantitativos sobre os fenômenos, buscando responder a questões da prática; (d) a integração da multiplicidade de atores cidadãos e institucionais na busca de formulação de políticas que afetem direta ou indiretamente a promoção de políticas e as propostas de ação.

SENTIDO PÓS-MODERNO DA VIOLÊNCIA CRIMINAL QUE INFLA AS ESTATÍSTICAS DE HOMICÍDIOS

Embora sejam múltiplos os tipos de violência e complexa sua natureza, como já descrito, a forma hegemônica de sua manifestação e a que mais preocupa a todos no Brasil contemporâneo é a "delinqüência", que tem sua expressão final nas estatísticas de homicídios. Esses eventos cresceram 134% nas duas últimas décadas. Vários autores têm se perguntado os motivos de exacerbação desse fenômeno. E suas indagações os levam a buscar compreender o aumento da exacerbação relacional que afeta sobretudo a vida nas grandes regiões metropolitanas, provocando fortes sentimentos de insegurança e contribuindo para mudanças na subjetividade, especialmente dos jovens.

Um autor contemporâneo, Michel Wieviorka¹⁴, tenta interpretar a violência pós-moderna e a diferencia das expressões de épocas anteriores, como, por exemplo, a que era característica dos anos 1960 e 1970. Nessas décadas, em geral, os

conflitos políticos, as formas de protesto e de subversão e até a luta armada na América Latina se vinculavam a projetos revolucionários de tomada do poder de Estado, em nome dos projetos de libertação e do desenvolvimentismo, fosse de países, fosse de contingentes populacionais. Havia propostas nacionais, e nelas, grande parte da juventude se engajava.

Diz o autor em sua análise que, embora em várias partes do mundo ainda ocorram experiências de violência política, hoje a tendência se desloca para fenômenos de ordem infra ou metapolítica. O caráter infrapolítico desse fenômeno está ligado à degenerescência do processo político em si, a favor de uma privatização ligada aos desejos de controle econômico, de possuir muito dinheiro rapidamente, de consumismo ou de vingança social.

A estratégia da violência atual não é mudar o Estado, como queriam os revolucionários. É mantê-lo à distância, enfraquecê-lo, privatizá-lo ou corrompê-lo para criar uma autonomia de atividades econômicas à margem de todo o aparato legal. O jogo financeiro, especulativo, ou proveniente do tráfico de drogas, de armas, de objetos roubados ou contrabandeados, entre outros, sobrevive melhor sem regulação, aproveitando-se da fraqueza dos Estados nacionais. Lembra o autor que as guerrilhas dos anos 1990 (as das gangues, por exemplo) tendem a se apoiar em verdadeiros sistemas de troca e de produção. Por isso, suas mais expressivas organizações não estão nas áreas mais pobres, mas sim nas regiões mais dinâmicas, onde se processa a atividade econômica.

Porém esse tipo de violência delinqüencial tem uma forma muito peculiar de incluir os pobres. Ela os engaja nesses projetos, no *front* dos combates, oferecendo-lhes acesso a bens econômicos e de consumo, numa perspectiva autoritária. Isso ocorre numa conjuntura em que o desemprego estrutural (relacionado à reestruturação produtiva) e a exclusão (resultante da exacerbação da questão social) crescem em todo o mundo, de forma tão acelerada quanto as mudanças nas relações de produção. Assim, do ponto de vista político, as formas de violência hoje vividas em países como o Brasil em especial, mas também em outros países da América Latina, denunciam o fim de uma época desenvolvimentista e a decomposição dos sistemas sociais, políticos e estatais.

Tomando-se como exemplo o caso brasileiro, causa preocupação o persistente crescimento das taxas de homicídios na maioria das grandes cidades. Embora o perfil das mortes violentas siga tendência mundial, como se verá a seguir, ceifando, sobretudo, os jovens do sexo masculino, aqui as vítimas preferenciais são homens, pobres, de baixa escolaridade, com pouca ou nenhuma qualificação profissional, habitantes das periferias e, em sua maioria, negros e pardos.

A distribuição e as expressões dos homicídios no País não formam uma totalidade homogênea. Os resultados das investigações realizadas sobre o tema reafirmam os fortes componentes de classe, de gênero, de idade, de ocupação de espaços degradados da cidade e de exclusão social de suas vítimas. Mostram também que estão basicamente relacionados a conflitos com a polícia, desavenças entre grupos de narcotraficantes ou gangues organizadas e desentendimentos interpessoais. A maioria deles é cometida com armas de fogo – cujo uso se multiplicou duas vezes nas duas últimas décadas – junto com o contrabando de muitos tipos de mercadoria, que também cresceu como um grande negócio ilegal e lucrativo. Sendo vítimas e atores preferenciais, esses jovens pobres acabam, conforme ressalta Vethencourt¹⁵, por se exterminarem entre si mesmos ou são vítimas das forças repressoras do Estado, mesmo quando não apresentam provas de delinqüência.

Por seu lado, a impunidade e a naturalização das infrações das classes abastadas reproduzem um tipo de cidadania forjada na arbitrariedade e nos privilégios que gozam. As raízes autoritárias e patrimoniais ainda presentes na dinâmica cultural do País permitem que elas preservem um lugar social considerado acima de qualquer suspeita, fora do controle legal e se impondo sobre a sociedade. Os crimes econômicos e políticos, os conluios da legalidade com a ilegalidade que alimentam e são alimentados pelas extremas desigualdades sociais, configuram as expressões contraditórias da vida social de parte da elite que se fecha com grades, vigias e sistemas de segurança, com medo dos que ela mesma exclui. Esse fenômeno cresce junto com a persistência e o aprofundamento das desigualdades sociais, que, além de já serem estruturalmente escandalosas, se aprofundaram mais na década de 1990¹².

O crescimento das mortes por violências no Brasil mostra, em sua síntese, um processo de exacerbação das relações sociais, afeta inexoravelmente a população mais pobre e indica o aumento das desigualdades, o efeito do desemprego crescente, a falta de perspectiva do mercado de trabalho, o aumento do contrabando de armas, do número de armas em poder da população civil, da organização do crime, da impunidade, da arbitrariedade policial e a ausência, omissão ou insuficiência das políticas públicas. A violência se tornou um indicador negativo da qualidade de vida também nos espaços rurais, onde persistem os conflitos de terra, disputas por reservas indígenas e várias rotas de comercialização de drogas ilegais. É muito maior, porém, nas regiões urbanas, que concentram mais de 75% de todas as mortes por causas externas. São áreas que hoje convivem, ao mesmo tempo, com o dinamismo e a velocidade dos mercados globais que enriquecem elites estrangeiras e nacionais, aí se incluindo o mercado do

crime organizado (narcotráfico, contrabando de armas, roubo de carros e cargas, entre outros). Mas também abrigam as maiores expressões da exclusão social e moral, que juntam problemas estruturais crônicos de desigualdade, pobreza e miséria, com novos processos trazidos pela reestruturação produtiva, como o crescimento do desemprego e da informalidade das ocupações.

Esse processo de exacerbação conflituosa, seguindo a hipótese de Wiewiorka¹⁴, deriva muito mais do enfraquecimento do Estado, do crescimento do crime organizado, da generalização crescente e desenfreada da criminalidade comum do que de conflitos sociais e políticos voltados para a mudança social como a história mostrou nos meados do século 20. Os crimes mantidos pelas armas, que se expressam nas elevadas taxas de homicídios nas periferias das cidades, vicejam junto com opiniões totalmente negativas por parte da população pobre que vive nessas áreas a respeito da atuação do Estado em geral e, sobretudo, de seu braço repressor, que é a polícia. Muitos traficantes ou chefes de gangues freqüentemente são vistos nos locais onde vivem como benfeitores que têm recursos e são generosos com as necessidades da população, necessidades básicas não atendidas por sucessivos governos.

No entanto, as expressões de violência hoje relevantes não são apenas instrumentais. Existe também, mormente da parte da juventude brasileira – que hoje corresponde a 80% de toda essa faixa etária no Mercosul e a 60% de toda a América Latina, configurando o que os demógrafos chamam “onda jovem” –, um gosto pelo risco, pela aventura, voltado para produzir algum sentido ou motivado pelo puro prazer de contestar. Essa rebeldia, antes canalizada pelas expressões políticas, hoje se manifesta, por exemplo, em conflitos em jogos de futebol, nas pichações de muros e edifícios, nos distúrbios em grandes ajuntamentos, como bailes noturnos, nas infrações ao código de trânsito e outros. Tais expressões podem ou não ter ligação com outras formas organizadas de protestar ou transgredir.

A chamada violência tradicional, aquela que ressalta os conflitos comuns entre os cidadãos, as frustrações das paixões entre gêneros, os crimes contra o patrimônio com os roubos e furtos, tudo isso continua a existir, mas seu lugar, seu espaço e sua gravidade estão subsumidos pelos elementos de um novo momento histórico, não ainda de todo claro e compreendido para ser enfrentado pelas forças políticas (novas forças políticas) renovadoras.

VIOLÊNCIA E SAÚDE

A violência, como mostra a argumentação apresentada acima, é uma questão social pluridimensional e, portanto, em

si, não é um objeto próprio do setor saúde. Ela se torna um tema desse campo em dois sentidos: (1) pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas; pelas lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médicos e hospitalares; (2) porque atinge os temas tratados no conceito ampliado de saúde. Esse conceito é vinculado à idéia de “promoção”, tão bem expressa na Carta da Conferência de Ottawa em 1986¹⁶, que inclui, no âmbito de sua definição, o ambiente e o estilo de vida, assim como a participação comunitária para o avanço do processo de construção de vida saudável. Além, é claro, de contemplar os marcos tradicionais do desenvolvimento da biologia, da biotecnologia e também do sistema médico, sem se restringir a eles. Desta forma, a violência é um problema da intersectorialidade na qual o campo médico-social se integra. Na medida em que o setor assume esse fenômeno como algo que também lhe diz respeito, tem o papel de elaborar estratégias de prevenção e superação, interagindo com a sociedade civil e com outros campos institucionais.

Diz Agudelo¹⁰ que: “a violência afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”.

A Organização Pan-Americana de Saúde¹⁷ analisa que:

(...) a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas físicas 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.

O Brasil, como já dito, é um desses países onde a violência se tornou significativa pelo impacto que provoca no campo da saúde. Desde a década de 1960, o quadro de mortalidade geral apresenta as “causas externas” (termo por meio do qual o Código de Classificação das Doenças da Organização Mundial de Saúde se aproxima do problema) como fenômeno relevante, acompanhando o processo de urbanização. Em 1930, 2% das mortes se deviam à violência e a acidentes. Em 1980, esse percentual subia para 10,5%, em 1988, para 12,3%, e atualmente representa 13,5% do total dos óbitos. Na ampla faixa de 5 a 49 anos de idade, os eventos violentos ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os anos 1980 constituem o ponto central de inflexão dessa transição epidemiológica, apresentando um crescimento de cerca de 29% na proporção de

mortes violentas entre o início e o final da década, passando essas a constituírem a segunda causa no obituário geral, abaixo, apenas, das doenças cardiovasculares.

Algumas informações acerca do impacto da violência sobre a vida e a morte dos brasileiros ressaltam a dimensão desse tema no quadro complexo dos problemas sociais. Morreram 1.118.651 pessoas por essas causas de 1991 a 2000. Desse óbitos, 369.068 foram por homicídios, 62.480 por suicídio e 309.212 por acidentes e violências no trânsito e nos transportes. As taxas de mortes por causas externas, que tiveram forte incremento na década de 1980, permaneceram muito elevadas e estáveis nos anos 1990: 69,5/100.000 em 1991 e 69,7/100.000 habitantes em 2000. No entanto, no interior das subcausas há mudanças importantes. Subiu o peso dos homicídios: 20,9/100.000 habitantes em 1991 e 26,7/100.000 habitantes em 2000; aumentou a taxa de suicídios: 3,5/100.000 e 4,00/100.000, respectivamente; diminuíram os índices de mortes no trânsito, 19,4/100.000 para 17,5/100.000, e de outros acidentes, de 8,7/100.000 para 6,5/100.000. Cerca de 84% de toda a mortalidade por acidentes e violências em 2000, correspondendo à perda de 99.474 pessoas, ocorreram na população masculina, onde as taxas agregadas são de 119,0/100.000 habitantes. No grupo feminino, morreram 18.810 vítimas, numa proporção de 15,9% e 21,8/100.000 habitantes.

No ano 2000, chegaram aos serviços públicos de saúde 693.961 pessoas buscando tratamento hospitalar para lesões e traumas provenientes de acidentes e violências. Esses agravos ocuparam o 7º lugar no conjunto das internações, incluindo-se o capítulo que contabiliza internações por gravidez. Retirando-se essa rubrica, as causas externas sobem para o 6º lugar. O custo médio de tratamento de pessoas feridas, traumatizadas ou lesionadas por acidentes e violências foi de R\$ 506,52 (quinhentos e seis reais e cinquenta e dois centavos), bem acima dos R\$ 403,38 (quatrocentos e três reais e trinta e oito centavos), que correspondem ao custo médio das internações em geral.

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio de um indicador desenvolvido pela Epidemiologia relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem particularmente nos grupos de adolescentes e jovens do sexo masculino, os acidentes e violências são hoje responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos, quando se analisa o quadro geral dos óbitos. No Brasil, esse indicador aumentou 30% entre 1981 e 1991, ao passo que todas as mortes pelas causas biomédicas se encontram em queda¹⁸.

A preponderância do sexo masculino e das faixas etárias de 15 a 29 anos indica que esses eventos se devem, sobretudo, a lesões no trânsito, no trabalho e por conflitos interpessoais.

As internações por lesões devidas a armas de fogo são muito expressivas, tendo tido um crescimento de 95% do início para o final da década de 1990.

As informações aqui contidas certamente não refletem a magnitude e nem todas as expressões da violência hoje existentes no País. Elas assinalam apenas o fenômeno em sua apresentação mais visível: as mortes, lesões e traumas. O espaço deste artigo não permitiu referência, por exemplo, ao peso dos abusos e maus-tratos intrafamiliares que ocorrem silenciosa e insidiosamente nos lares brasileiros, reproduzindo uma estrutura de pátrio poder e de raízes patriarcais muitas vezes extremamente cruel e que provoca lesões e mortes. Estudos realizados com base em amostras domiciliares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimaram em 20% o número de crianças e adolescentes que hoje são vítimas da violência. Não se discorreu também sobre a violência contra as mulheres, que, segundo Heise¹⁹, corresponde a cerca de 35% dos motivos que as levam a procurar os serviços de saúde. Não se desenvolveu a análise da violência contra os idosos, que se expressa nas institucionalizações em abrigos e hospitais, nos lares, por meio de maus-tratos, abandonos, omissões e abusos econômicos²⁰. E, sobretudo, não se abordaram os efeitos das diversas formas de violência na saúde mental das vítimas e na sociedade em geral.

Por isso é preciso esclarecer que, além das notificações dos eventos que se tornam públicos, há um desconhecimento muito grande de todas as formas insidiosas, silenciosas e naturalizadas com as quais a sociedade convive e que, com certeza, têm impacto na saúde. É necessário, portanto, que se afinem os instrumentos e se exercite uma fina sintonia para a compreensão e a transformação das condições sociais geradoras de todas as formas de lesões e traumas. Muitas delas são passíveis de abordagem no âmbito do setor saúde, que ao mesmo tempo, é a encruzilhada para a qual convergem, é vítima da exacerbação dos conflitos, mas é também parte na produção desse fenômeno.

CONCLUSÕES

A violência, antes de ser um problema intelectual, é uma questão da práxis sociopolítica que afeta materialmente os serviços de saúde, seus custos, sua organização e envolve também os profissionais como vítimas (muitas vezes, alvos da delinqüência que penetra os espaços dos serviços). Mas, igualmente, os profissionais são atores que reproduzem, contribuem para superar ou exacerbam expressões de abusos, maus-tratos e outras formas de violência. Compreendendo as expressões sócio-históricas do fenômeno e, portanto, as possibilidades de intervenção política e setorial, a área da saúde

não pode compartilhar do imaginário da inevitabilidade e da falta de controle. Do ponto de vista social, o contrário da violência não é a não-violência, é a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto de seu grupo. Jean Claude Chesnais²¹, estudando dois séculos de violência na Europa, mostra que as lutas dos trabalhadores por melhores condições de vida e ampliação de seus direitos e a institucionalização da educação formal e do Estado democrático foram as variáveis fundamentais da diminuição inquestionavelmente significativa da criminalidade, da delinquência e das mortes violentas em todo o Ocidente.

No âmbito da saúde, é fundamental estabelecer um diálogo entre os serviços médicos, clínicos e de emergência e a saúde pública, ultrapassando a tentação de medicalizar a violência e, ao mesmo tempo, buscando maior especialização no atendimento às vítimas. Essa focalização é necessária para: monitoramento das ocorrências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência hospitalar às vítimas; estruturação e consolidação do atendimento pós-hospitalar; capacitação de recursos humanos – tudo isso acompanhado por estudos e pesquisas que balizem as ações do setor. Entre a saúde e outras áreas, dependendo das situações concretas, as ações coletivas demandam entendimento com a educação, os serviços sociais, a justiça, a segurança pública, o ministério público, o poder legislativo e, sempre, com os movimentos sociais, visando à promoção de uma sociedade cujo valor primordial seja a vida (e não a morte) e a convivência saudável de seus cidadãos.

REFERÊNCIAS

1. Frederiksen H. Feedbacks in economic and demographic transition. *Science* 1969; 166: 837-847.
2. Omran AR. The epidemiologic transition. *Milbank Mem Fund Q* 1971; 3: 509-583.
3. Barreto ML, Carmo H. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Inf Epidemiol SUS* 1994; 3: 5-34.
4. Barreto ML, Carmo H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: Monteiro, CA, org. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec/NUPENS; 1995 p. 7-32.
5. Arendt H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
6. Burke P. *Violência social e civilização*. Braudel Papers, 1995; 12: 1-8.
7. Organização Mundial de Saúde. *Salud Mundial*. Genebra: OMS; 1993.
8. Minayo MCS, Souza, ER. É possível prevenir a violência? *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999; 4: 7-22.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
10. Agudelo SF. *El Quinto: no matar: contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Bogotá (BO): TM editores, 1999.
11. World Health Organization. *World report on violence and health*. Geneve: WHO, 2002. Edited bu Etienne G. Krug *et al.*
12. Minayo MCS. *Pobreza, desigualdade e saúde*. Forum Mundial de Ciências Sociais e Medicina, Caracas, 1999. (mimeo)
13. Lorenz K. *A agressão: uma história natural do mal*. Lisboa (PT): Moraes; 1979.
14. Wieviorka M. O novo paradigma da violência. *Tempo Social, Rev Sociol USP*, 1997; 9: 5-42.
15. Vethencourt JL. *Psicologia de la violencia*. Gaceta de la Asociación de Profesores de la Universidad de Venezuela 1990; 11: 5-10.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde: Carta de Ottawa*, 1986. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
17. Organização Panamericana de Saúde. *Salud y Violencia: plan de acción regional*. Washington (US): Opas, 1994. (mimeo)
18. Reichenheim M, Werneck G. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro. *As mortes violentas em questão*. *Cad Saúde Pública* 1994; 10, supl. 1: 188-198.
19. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saúde Pública* 1994; 10, supl. 1: 135-145.
20. Minayo MCS, Souza ER. *As múltiplas mensagens da violência contra idosos*. Minayo MCS, Souza ER, orgs. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003 p. 223-242.
21. Chesnais, JC. *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*. Paris: Robert Laffont Editor; 1981.

Endereço para correspondência

e-mail: cecilia@claves.fiocruz.br