

V. Problemas sociais

impacto da violência no Brasil e em alguns países das Américas

Edinilsa Ramos de Souza

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

35. IMPACTO DA VIOLÊNCIA NO BRASIL E EM ALGUNS PAÍSES DAS AMÉRICAS

Edinilsa Ramos de Souza

Do ponto de vista da saúde, em âmbito internacional, as causas externas constituem um conjunto de eventos que engloba todas as formas de acidentes e as violências propriamente ditas. Elas estão codificadas na Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua 10ª revisão. A mortalidade está contemplada no capítulo XX, com a denominação 'Causas externas de morbidade e de mortalidade', sob os códigos V01 a Y98; a morbidade corresponde ao capítulo XIX, com a denominação de 'Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas', sob os códigos S00 a T98.

Nas grandes cidades do mundo e em alguns países, como é o caso do Brasil, os dados epidemiológicos têm mostrado crescimento da morbidade e da mortalidade por causas externas nas duas últimas décadas. Tomando-se como parâmetros essas duas categorias com as quais a saúde trabalha, verifica-se que a violência tem vitimizado ampla camada de populações cujas características majoritárias, quase que universais, são as de um grupo de pessoas jovens, do sexo masculino, residentes em áreas periféricas e/ou menos favorecidas das grandes metrópoles urbanas e, portanto, socioeconomicamente carentes; em geral possuem baixa escolaridade e são preferencialmente negros ou descendentes dessa etnia.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2000 destacam que morreram cerca de 1,6 milhões de pessoas no mundo inteiro como resultado da violência (Krug et al., 2002): 25% dessa mortalidade foram por acidentes de transporte, 16% por suicídio, 10% violência interpessoal, 9% por afogamento, entre outras (World Health Organization, 2002). Ainda segundo a OMS, nos países da África e das Américas a mortalidade por homicídio é quase três vezes maior do que a mortalidade por suicídio, enquanto na Europa e no sudeste da Ásia os índices de suicídio é que são mais elevados: mais que o dobro dos de homicídio. A taxa estimada de suicídio para 2000 correspondia a 19,1 para cada 100 mil habitantes e a de homicídio era de 8,4 por 100 mil habitantes na região européia. No sudeste da Ásia, a taxa de suicídio era de 12 para cada 100 mil habitantes, enquanto a de homicídio era de 5,8 por 100 mil habitantes. No Pacífico Ocidental, os índices de mortalidade por suicídio (20,8/100 mil) eram cerca de seis vezes maiores que os de homicídio (3,4 para cada 100 mil).

Entre 1990 e 2000, a taxa de mortalidade por lesão intencional (lesões autoprovocadas intencionalmente, agressões, intervenções legais e operações de guerra) foi 27,7 por 100.000 habitantes no Brasil. Observando-se as taxas de outros países, vê-se que a Colômbia teve a taxa mais elevada, 65,1; o México, 19,8; a França, 15,6; a Alemanha, 11,5; e a Argentina, 11,4.

De acordo com dados do *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde* (Krug et al., 2002), constata-se que as taxas brasileiras, de 1990 a 2000, estão mais próximas às da Colômbia e às da região africana do que às dos países da Europa. Quando se trata dos índices de mortalidade masculina por lesões intencionais, o Brasil aparece com a taxa de 50,2; Colômbia, 122,4; México, 36,5; França, 24,1; Argentina, 19,0 e Alemanha, 17,7. A taxa de homicídios no Brasil foi de 23 por 100.000 habitantes, a da Colômbia foi de 61,6 por 100.000 habitantes. Já na região africana como um todo, a taxa estimada para o ano de 2000 foi de 22,2 por 100.000 habitantes. Enquanto isso, observam-se para alguns países europeus taxas comparativamente muito baixas, como as da Dinamarca (1,1); França (0,7); Alemanha (0,9); Grécia (1,2); Portugal (1,1); Reino Unido (0,8); Espanha (0,8), entre outros. As maiores taxas encontradas na Europa foram as da Albânia (21) e Federação Russa (21,6).

No panorama brasileiro, as causas externas constituem o segundo grande grupo gerador de mortes, em seguida às doenças do aparelho circulatório. Para a faixa etária dos 5 aos 39 anos, elas são a principal causa de morte no país. As taxas de mortalidade por causas externas variam de acordo com o sexo e a idade. No *ranking* geral de óbitos elas ocupam a segunda posição na mortalidade masculina e situam-se no quinto lugar nas causas de mortes femininas. A sobremortalidade de homens em relação às mulheres no Brasil é de 5:1, ou seja, a cada cinco homens que morrem por acidentes e violências, ocorre o óbito de uma mulher (Mello Jorge & Gotlieb, 2000). Esse risco e essas relações se intensificam quando se considera o grupo dos jovens em certas capitais brasileiras. Nesse grupo social, as causas externas são a primeira causa de morte, e os rapazes chegam a ter a sobremortalidade de 13 óbitos para cada um de moças, quando a causa geradora é o homicídio.

Em 2000 foram 199 mil homicídios de jovens (9,2 por 100.000 habitantes) no mundo devidos à violência interpessoal, o que significa 565 óbitos por dia na faixa dos 10 aos 29 anos. As taxas variam, sendo baixas em países com alta renda e elevadas em países de renda baixa (Krug et al., 2002).

A Tabela 1 apresenta um resumo das taxas de homicídios no grupo de 10 aos 29 anos de idade em alguns países do mundo.

Tabela 1 - Taxas de homicídios, geral e por sexo, e sobremortalidade masculina, no grupo dos 10 aos 29 anos, segundo alguns países

Países	Taxas de homicídios (por 100.000 habitantes)			Sobremortalidade masculina
	Geral	Masculino	Feminino	
Argentina (1996)	5,2	8,7	1,6	5,5
Brasil (1995)	32,5	59,6	5,2	11,5
Chile (1994)	3,0	5,1	n.c.	n.c.
Canadá (1997)	1,7	2,5	0,9	2,7
Colômbia (1995)	84,4	156,3	11,9	13,1
Costa Rica (1995)	5,5	8,4	n.c.	n.c.
Cuba (1997)	9,6	14,4	4,6	3,2
El Salvador (1993)	50,2	94,8	6,5	14,6
Equador (1996)	15,9	29,2	2,3	12,4
Espanha (1998)	0,8	1,2	0,4	2,9
Estados Unidos (1998)	11,0	17,9	3,7	4,8
Federação Russa (1998)	18,0	27,5	8,0	3,4
França (1998)	0,6	0,7	0,4	1,9
Hungria (1999)	1,4	1,4	1,5	0,9
Japão (1997)	0,4	0,5	0,3	1,7
México (1997)	15,3	27,8	2,8	9,8
Nicarágua (1996)	7,3	12,5	n.c.	n.c.
Paraguai (1994)	10,4	18,7	n.c.	n.c.
Porto Rico (1998)	41,8	77,4	5,3	14,5
Uruguai (1999)	3,6	4,5	n.c.	n.c.
Venezuela (1998)	25,0	46,4	2,8	16,5

n.c. = dado não calculado

Fonte: Krug et al., 2002.

Como se pode ver na Tabela 1, há variações das taxas de homicídios entre os países. O Brasil, juntamente com a Colômbia, El Salvador e Porto Rico, destaca-se com as mais elevadas taxas; Equador, México, Paraguai e Venezuela apresentam taxas intermediárias. Junto com esses países encontram-se os Estados Unidos e a Federação Russa. Finalmente, Argentina, Chile, Costa Rica, Nicarágua e Uruguai aparecem com as menores taxas de mortes por homicídios. Ao lado deles estão Japão, Hungria, França, Espanha, Cuba e Canadá.

É importante destacar a sobremortalidade masculina em todos os países nos quais os dados foram calculados, exceto na Hungria, onde há uma equivalência das taxas entre os sexos, sobrepondo-se um pouco a mortalidade feminina. Nos demais, morrem muito mais homens por homicídios. Na Venezuela, por exemplo, a razão chega a ser de 16 óbitos masculinos para cada morte feminina por homicídio.

Ao longo das duas últimas décadas a mortalidade por causas externas variou não só em função da magnitude do conjunto desse grupo de causas, mas também internamente, em seus subgrupos. De 1979 a 1989, no Brasil, o subgrupo com taxas mais elevadas foi o relativo aos acidentes de trânsito, seguido pelo dos homicídios. A partir de 1990, esses últimos passaram a ser a principal causa de morte dentro do grupo das causas externas, superando os acidentes de trânsito. Os homicídios eram responsáveis por 19% das mortes por causas externas na década de 80 e chegaram a 30% na década de 90 (Mello Jorge & Gotlieb, 2000; Minayo, Souza & Silva, 2001). Mundialmente, no período de 1985 a 1994 seu crescimento está associado ao porte e uso de arma de fogo, sobretudo entre jovens de 10 a 24 anos (Krug et al., 2002).

As taxas de mortalidade por suicídio são consideradas baixas no país, mas se mostram crescentes na população de jovens e de adultos jovens, principalmente do sexo masculino. Nas principais capitais brasileiras a mortalidade de jovens de 15 a 24 anos apresentou um crescimento de 42,8% no período de 1979 a 1998, enquanto na população geral, para o mesmo conjunto de capitais, esse crescimento foi de apenas 27,3% (Souza, Minayo & Malaquias, 2002; Mello Jorge & Gotlieb, 2000).

No Brasil, a mortalidade por causas externas representou um percentual de 28,6% dos anos potenciais de vida perdidos (APVP) da população em geral, e para os jovens, constituiu a primeira causa de APVP (Minayo et al., 2001).

Sabe-se que as mortes representam apenas a ponta de um gigantesco *iceberg* e que o impacto dos acidentes e violências é muito maior em termos de magnitude quando se trata da morbidade, ou seja, das lesões e agravos não fatais que geram intervenções médicas e internações hospitalares.

Não existem estatísticas precisas quanto à morbidade, e o pouco que se sabe sobre esse fenômeno advém de pesquisas pontuais em populações específicas. As lesões/ferimentos são responsáveis por 12% da carga total de doenças do mundo (World Health Organization, 2002). Estudos mostram que para cada homicídio de jovens há 20 ou 40 vítimas neste grupo sofrendo agressões e outros tipos de violência não-fatais e recebendo tratamento hospitalar (Krug et al., 2002).

Os acidentes de transporte lideram as lesões e agravos à saúde de homens no mundo inteiro. Em 1998, essa causa situou-se no nono lugar na morbidade mundial de ambos os sexos, e as quedas corresponderam à décima quarta posição neste mesmo *ranking*. Entre os homens, essas mesmas causas ocuparam a sexta e a décima primeira posições, respectivamente;

e a violência interpessoal apareceu na décima posição. Os acidentes de transporte situaram-se na décima quinta posição, em termos de morbidade feminina no mundo (World Health Organization, 1999).

As lesões e envenenamentos constituíram 16% das internações hospitalares do Sistema Único de Saúde do Brasil para a população de 15 a 24 anos, excluindo-se complicações de gravidez, parto e puerpério, em 2000, a primeira causa de internação para essa faixa etária específica (Minayo et al., 2001). Na população em geral, em 2000, foram 693.961 internações por causas externas (5,8% de todas as internações), representando a sétima entre todas as causas de hospitalizações. Foi a primeira causa no sexo masculino nas faixas etárias de 10 a 19 anos (20,8%) e de 20 a 29 anos (21,9%) (Minayo & Souza, 2002).

No mundo, a maioria das pessoas atendidas em hospitais também é de homens, embora a sobremortalidade masculina seja menor que a observada na mortalidade (Krug et al., 2002).

Entre as internações por causas externas no Brasil, os ‘traumatismos’ representaram o principal motivo de hospitalização em 2000, sendo responsável por uma taxa igual a 3 internações a cada 1.000 habitantes. As ‘intoxicações’ por substâncias não medicinais ocupam a segunda posição e as ‘queimaduras’, a terceira entre as internações por violência e acidentes. As ‘quedas acidentais’ e os ‘acidentes de transporte’ foram os eventos que mais motivaram as hospitalizações, sendo as quedas preponderantes no grupo de idosos, levando a mais de 50% das internações nesta faixa etária (Minayo & Souza, 2002).

Entre jovens, para cada homicídio há 20 a 40 vítimas de violência juvenil não fatal recebendo tratamento hospitalar. Esses índices aumentam da metade da adolescência até a idade adulta (Krug et al., 2002). No levantamento que realizou, Krug observa a diminuição do uso de armas de fogo na violência não fatal, paralelamente ao aumento de outras armas e formas de agressão (bastões, punhos e pés). Dados de Honduras apontam que 52% dos ataques não fatais envolvem outras armas que não as de fogo. Já na Colômbia, em apenas 5% das agressões não fatais se usaram armas de fogo, ao passo que 80% dos homicídios envolvem essas armas. Tais informações indicam o poder letal das armas de fogo e seu uso disseminado entre a população jovem dos países da região.

Como se vê, são grandes a magnitude e o impacto dos traumatismos, lesões e ferimentos advindos das causas externas na morbidade e na mortalidade da população mundial e, particularmente, no Brasil.

A partir dessa preocupação, Souza e colaboradores (2003) elaboraram um artigo cujo objetivo era investigar, através da sua produção bibliográfica, se a comunidade científica está respondendo a esse problema social.

Na produção brasileira relativa à década de 90 e internacional do ano de 2000, publicada em periódicos, observou-se a existência de 165 textos no Brasil contra 509 publicados interna-

cionalmente. Outro dado interessante diz respeito ao fato de a produção nacional encontrar-se distribuída entre morbidade (30,3), mortalidade (33,9) e morbimortalidade (35,8), enquanto a maioria (56,4%) da internacional se refere à morbidade. Essa informação pode levar a supor, por um lado, que no Brasil o meio acadêmico está mais preocupado com o impacto dos acidentes e violências na morbimortalidade da população, enquanto que nos demais países a reflexão já estaria dirigida para a morbidade e, portanto, mais próxima à prevenção da ocorrência destes eventos. Entretanto, é preciso lembrar que, no Brasil, os sistemas de informação existentes ainda são bastante precários no tocante à morbidade. Esse é, historicamente, um dos motivos pelos quais a comunidade científica nacional tem realizado poucos estudos relativos à morbidade por causas externas. Isso constitui um dado extremamente importante a se destacar, mostrando a necessidade de ampliação e mesmo de implantação de sistemas de informação e de vigilância voltados para o registro da morbidade por essas causas, que têm uma magnitude muitas vezes maior do que a mortalidade.

A América do Norte é responsável por mais da metade dos artigos publicados na área, seguida pela Europa (36%). As demais regiões, juntas, contribuem com apenas 11% do conhecimento mundial sobre causas externas. Para a produção nacional de acidentes e violências, os campos de conhecimento com maior número de publicação foram saúde coletiva, com 87 textos; medicina e enfermagem, com 27 estudos; e saúde mental, 21. Os 30 trabalhos restantes referiam-se às demais áreas da saúde.

É preciso ressaltar que, por causa da complexidade inerente a cada tipo de causa externa específica e pela magnitude e impacto destas, deveriam estar sendo apoiados e realizados estudos epidemiológicos com metodologia mais refinada – inquérito, caso-controle, coorte –, a fim de se obter prevalências nacionais para os diferentes países, segundo as diversas causas externas. Tais análises poderiam subsidiar o conhecimento de fatores determinantes e de risco associados, bem como propostas preventivas. Além disso, são necessários estudos que aprofundem os aspectos subjetivos envolvidos nessas questões, que consigam captar a cultura, as crenças, os hábitos, as percepções e os sentimentos das vítimas diretas, mas também daqueles que indiretamente são afetados pelos acidentes e violências. Por outro lado, é quase inexistente o conhecimento sobre os autores de agressões, suas características, suas motivações, quando se sabe que atuar junto a esse agente de violência é fundamental para romper o círculo pernicioso de relacionamento violento.

O estudo de Souza e colaboradores (2003) revela ainda que há uma nítida tendência na produção nacional a se trabalhar os acidentes e violências como conjunto, haja vista que 40% dos estudos são dessa abrangência. Já na produção internacional, o conjunto das causas externas é bem pouco contemplado (0,8%).

Notam-se mais diferenciações nas ênfases dadas aos subgrupos da categoria ‘causas externas’. A produção internacional mostra a grande relevância dos estudos sobre suicídio. E a nacional divide-se entre esse tema e acidentes de trânsito. Interessante destacar que, embora no

Brasil as taxas de mortalidade por homicídios sejam extremamente elevadas, em termos proporcionais a produção brasileira sobre o tema é bastante próxima da internacional, sendo, contudo, menor do que a quantidade de trabalhos dedicados ao suicídio, embora as taxas de mortes por esta causa sejam relativamente baixas no país. Há evidências, portanto, da preferência dos pesquisadores brasileiros por análises genéricas das causas externas. Entretanto, há ainda pouco aprofundamento e problematização da complexidade dos principais eventos geradores de morbimortalidade no país – acidentes de trânsito e homicídio – e, conseqüentemente, poucas propostas de intervenção e de programas de prevenção. Quando outros países priorizam o suicídio, é porque este é um problema central do seu perfil de morte e de morbidade. As distinções e semelhanças entre a produção nacional e internacional, bem como um certo colonialismo – traduzido pelo fato de os temas mais pesquisados no país não serem necessariamente os mais relevantes no conjunto dos acidentes e violências –, foram também destacados em duas análises efetuadas anteriormente (Souza & Minayo, 2001; Minayo, 1990).

Embora a produção científica possa apontar para determinadas questões que estão por merecer especial atenção, é preciso reconhecer que ela, por si só, não responde às indagações sobre que intervenções concretas estão sendo feitas pelo setor Saúde no que se refere à cultura, à formulação de políticas públicas e ao estreitamento das relações do setor com a sociedade civil organizada, visando à redução dos acidentes e violências.

JOVENS: O GRANDE GRUPO VULNERÁVEL AOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

O crescimento da violência social no Brasil teve impacto no perfil de morbidade e mortalidade de sua população, sobretudo na faixa etária jovem. Os jovens brasileiros foram, nas duas últimas décadas, um dos grupos mais vulneráveis a essa violência. Esse fenômeno alterou o seu modo de viver, suas necessidades de atenção e assistência, e sua forma de morrer. Pode-se dizer que eles se tornaram reféns da violência, comunicando-se e se relacionando de forma violenta e, assim, transformando-se em suas vítimas preferenciais, mas também em autores de práticas delituosas ligadas ao tráfico de drogas e a atos anti-sociais e infratores no âmbito escolar. A incidência desses eventos envolve, como já dito no início, sobretudo os jovens das camadas sociais menos favorecidas, moradores das periferias das grandes cidades, com pouca escolaridade e baixa qualificação profissional. Isso mostra que, tanto para aqueles que vitimiza como para os que constituem seus agentes, a violência não se distribui democraticamente.

No que se refere aos agravos à saúde, as causas externas (acidentes no trânsito, quedas, afogamentos, queimaduras acidentais e outros acidentes, os homicídios, suicídios e demais causas externas) passaram a ocupar o segundo lugar entre as causas de morte na população geral e são a primeira causa na faixa dos 5 aos 39 anos de idade. Em 2000 foram responsáveis por 118.367 mortes no país, das quais 32.089 eram de jovens de 15 aos 24 anos. Em 1980 elas respondiam por 60,3% de todos os óbitos nessa faixa etária; em 2000, passaram a constituir 74,7% de todas as mortes desses jovens. Ou seja, de cada 10 jovens de idades entre 15 e 24 anos

que morreram no país, cerca de 7 morreram por alguma causa externa e apenas 3 por doenças. O sexo masculino constitui 89,1% dos óbitos nesse grupo jovem, concentrando-se, principalmente, na faixa dos 20 aos 24 anos. As duas principais causas externas específicas são os acidentes de trânsito e os homicídios. Juntas, elas perfizeram 55,8% de todas as causas de morte, na faixa etária de 15 aos 24 anos, no ano de 2000. Desse percentual, os homicídios respondem por 40,7%. São eles os responsáveis pelo crescimento do conjunto das causas externas, tendo ultrapassado as mortes por acidentes de trânsito desde 1989. De lá para cá vêm se mantendo, de longe, como os mais importantes eventos causadores de morte para a população jovem. Seu crescimento, entre 1980 e 2000, foi de 304,3%, passando, nesses mesmos anos, de 25,6% para 54,5%, e permanecendo quase cerca de 13 pontos percentuais acima dos acidentes de trânsito. Já esses últimos mantiveram-se mais ou menos estáveis, porém em elevados patamares, ao longo de todo o período.

Entre a população dos 15 aos 24 anos também se observou o crescimento dos suicídios no conjunto das nove principais capitais do país. As taxas médias anuais de suicídios corresponderam a 4,33 (em 1979), 4,10 (1985), 4,48 (1990) e a 5,86 (em 1995) por 100.000 habitantes de 15 a 24 anos. Salvador teve uma das menores taxas (0,37); em contrapartida, Porto Alegre (7,63) e Curitiba (7,29) apresentaram as maiores taxas. O principal meio utilizado para perpetrar as mortes violentas, tanto por homicídios como por suicídios, foram armas de fogo e explosivos.

Em termos de morbidade, sabe-se que uma das principais causas de internação e atendimento em emergências hospitalares são as quedas e as fraturas, sobretudo em crianças e idosos, provenientes de condições inseguras tanto nas moradias como nos espaços públicos, indicando a carência de medidas de proteção e prevenção a esses agravos que têm sobrecarregado os serviços de saúde, mobilizando as equipes e os investimentos. Para o setor Saúde, as causas externas representaram, em 2000, cerca de 694 mil internações e um gasto de R\$ 351 milhões, com uma média nacional de cinco dias de internação nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), excluídos os atendimentos de emergência. Sabe-se que o gasto com hospitalizações por causas externas representa cerca de 8% dos dispêndios com internações por todas as causas e que o gasto/dia com os acidentes e violências é de cerca de 60% superior à média geral das demais internações.

Por toda essa dinâmica violenta que se liga mais diretamente a alguns grupos e setores sociais, mas que afeta e impacta toda a sociedade, os estudiosos do país de várias áreas do conhecimento, entre elas a de saúde, desencadearam uma ampla discussão no sentido de cobrar políticas públicas de segurança e proteção que visem a garantir os direitos de crianças e jovens.

Portanto, é grande o impacto da violência social, tanto na população em geral quanto no grupo específico dos jovens. Os efeitos nefastos desses eventos violentos podem ser assim resumidos: 1) além da repercussão física, também produzem danos psicológicos, cuja dimensão é até hoje desconhecida; 2) afetam diretamente o setor Saúde, que recebe suas vítimas e para elas

tem de dispensar atendimento integral de assistência, recuperação e reabilitação, mas também de prevenção e promoção da saúde, o que eleva os custos do setor; 3) levam ao desenvolvimento de medidas individuais de proteção, como o porte de armas e o crescimento de uma segurança privada, além da fabricação de equipamentos de segurança (grades, sistemas de alerta e anti-roubo para casas e carros, blindagem de carros, entre outros); 4) finalmente, exercem impacto sobre a produção, com a morte de pessoas jovens em plena idade produtiva ou sua incapacitação pelo resto da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTOS

Os dados aqui apresentados mostram que combater as mortes e os danos causados à saúde pelos acidentes de trânsito, homicídios e agressões precisa ser uma prioridade para amplos setores dos países da América Latina, a fim de garantir a proteção aos direitos da população em geral, mas principalmente das crianças e dos adolescentes.

Os crescentes índices de violência observados em grande parte dos países da região latino-americana têm sido uma preocupação para as autoridades, para as instituições e entidades governamentais e não-governamentais que lidam com essas questões, bem como para a população que de modo direto e indireto sofre os seus efeitos. No Brasil, alguns setores e instituições da sociedade, sensibilizados com a amplitude e intensidade desse problema, vêm desenvolvendo programas de atendimento a jovens em situações de vulnerabilidade, porém muito ainda precisa ser feito.

É importante perceber que, sendo um fenômeno complexo e polissêmico no qual interagem múltiplos fatores, a violência também necessita de abordagens plurais na sua prevenção. Não há, portanto, uma estratégia que sozinha seja suficientemente eficiente para reduzi-la e preveni-la entre os jovens e aos seus efeitos letais e não letais na saúde física e psicológica desse grupo social. Uma maneira de contemplar essa complexidade é recorrer às contribuições da epidemiologia, da sociologia, da antropologia, da educação, entre outras áreas do saber, a fim de que se lance um olhar interdisciplinar sobre os eventos violentos e os processos que lhes dão origem.

Em relação à prevenção dos homicídios, os estudos têm apontado a premência de ações conjuntas das áreas da saúde e de segurança pública com vistas a controlar e diminuir a criminalidade, o contrabando e o uso disseminado de armas de fogo pelos jovens. No que se refere aos acidentes de trânsito, observa-se a necessidade de atuação conjunta do setor Saúde com as instituições escolares e ligadas ao trânsito, a fim de prevenir essa desnecessária mortalidade precoce, por meio da garantia do respeito às normas do trânsito, do controle do uso de equipamentos de segurança e da ingestão de substâncias, sobretudo de bebidas alcoólicas, e da direção arriscada por parte dos jovens. Além disso, a atuação sobre os acidentes e a violência precisa destacar o papel da escola e da família como centrais no enfrentamento dessas intrincadas questões, entendidas essas duas instituições como construtoras e promotoras dos direitos de cidadania.

O governo federal do Brasil tem procurado desenvolver e incentivar iniciativas de inserção e integração de jovens na escola e de obtenção do primeiro emprego. A maioria das propostas desses programas é de inclusão e protagonismo dos jovens (Kahn, 2001; Abramovay, 2001, 2003).

O próprio Ministério da Saúde, em 1999, criou um comitê de especialistas com o objetivo de elaborar o documento que visava a uma política nacional de controle e prevenção dos acidentes e violência. A proposta foi amplamente debatida com estudiosos e profissionais do país que lidam com o tema, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e, finalmente, publicada. Ela representa uma posição oficial do setor Saúde, que, em interconexão com outros ministérios, instituições e setores, busca responder às necessidades de assistência e prevenção diante dos agravos à saúde causados por acidentes e violência, em relação à população em geral, assim como a grupos particularmente vulneráveis, entre os quais se encontram os nossos jovens.

Atualmente, está sendo elaborado o plano de ação para a implementação dessa política. O plano reconhece a amplitude e complexidade do tema e, por isso, prevê algumas prioridades. O jovem, por ser o grupo populacional mais vitimizado e vulnerável; os acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, por serem as causas mais impactantes; a violência intrafamiliar, porque afeta crianças, adolescentes, mulheres e idosos; e os maus-tratos, o abuso e a exploração sexual comercial a que são submetidos crianças e adolescentes, por ser um tema relevante na política do atual governo.

Paralelamente, iniciativas de vigilância das causas externas e programas para a redução dos acidentes de trânsito nos países da região estão sendo incentivados e desenvolvidos, com resultados bastante satisfatórios, como é o caso da experiência de Medellín, na Colômbia, e de Brasília, no Brasil. Aqui, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde em conjunto com gestores locais, está desenvolvendo um projeto piloto de prevenção dos acidentes de trânsito em cinco cidades: Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba.

De acordo com Krug e colaboradores (2002), a prevenção da violência juvenil pode ser feita com várias estratégias individuais, comunitárias e sociais que já se mostraram efetivas em alguns países, sobretudo nos Estados Unidos. Entre essas ações, encontram-se programas de desenvolvimento social para reduzir o comportamento anti-social e agressivo; de apoio às famílias em situação de risco; de policiamento comunitário; de redução da disponibilidade de bebida alcoólica; de práticas de esportes e artes; e programas de geração de renda, emprego e de redução da concentração de renda.

Programas dirigidos a jovens infratores nos Estados Unidos que se mostraram mais efetivos têm como metas: 1) mudanças de comportamentos e orientação das habilidades desses jovens; 2) ações conjuntas entre o sistema de justiça e a comunidade e 3) intervenções junto à família. Tais programas precisariam ser implantados e disseminados nos países da região. Do mesmo modo, medidas socioeducativas em meio aberto deveriam ser mais amplamente aplica-

das, tendo em vista as precárias condições das instituições que albergam os jovens que cumprem essas medidas em regime fechado. Exemplos de casos de maus-tratos, abuso e violência por parte daqueles que deveriam proceder à reeducação dos jovens nessas instituições e de rebeliões e revoltas por parte dos infratores têm sido frequentes no Brasil.

Finalmente, não se pode deixar de ressaltar a necessidade de esforços na realização de estudos que busquem identificar as determinações coletivas e individuais associadas à violência e os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e psicológicos que ligam a condição masculina à violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMOVAY, M. *Escolas de Paz*. Brasília: Unesco, Governo do Estado do Rio de Janeiro/Secretaria de Estado de Educação, Universidade do Rio de Janeiro, 2001.
- ABRAMOVAY, M. *Escolas Inovadoras: experiências bem-sucedidas em escolas públicas*. Brasília: Unesco, 2003.
- KAHN, T. Paz nas escolas. *Revista do Ilanud*, 18:19-48, 2001.
- KRUG, E. G. et al. (Eds.) *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- MELLO JORGE, M. H. P. de & GOTLIEB, S. L. D. *As Condições de Saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- MINAYO, M. C. S. (Coord.) *Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1990.
- MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. (Coords.) Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. Rio de Janeiro, jul. 2002. Relatório de pesquisa. Disponível em: <http://www.claves.fiocruz.br/cenepi.htm> Acesso em 3 fev. 2003.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. & SILVA, C. M. F. P. (Coords.) Perfil de mortalidade por causas externas no Brasil: uma análise temporal das décadas de 80 e 90. Rio de Janeiro, out. 2001. Relatório de pesquisa. Disponível em: <http://www.claves.fiocruz.br/cenepi.htm> Acesso em 24 jan. 2003.
- MINAYO, M. C. S. et al. Morbidade de jovens por causas violentas no Brasil: uma análise dos anos 90. *Boletim Claves/Cenepi*, 2, set. 2001. Disponível em: <http://www.claves.fiocruz.br/cenepi.htm> Acesso em 24 jan. 2003.
- SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S. Análise das tendências da produção acadêmica sobre violência e acidentes. Rio de Janeiro: Claves, 2001. Relatório de Pesquisa.
- SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. S. & MALAQUIAS, J. V. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3):673-683, 2002.
- SOUZA, E. R. et al. Análise da produção científica nacional e internacional sobre causas externas. In: MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. (Orgs.) *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Injury: a leading cause of the global burden of diseases*. Geneva: WHO, 1999. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/index.html Acesso em 17 nov. 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries*. Department of Injuries and Violence Prevention/ Noncommunicable diseases and Mental Health Cluster. Geneva: WHO, 2002.