

PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

PREVENTION OF ACCIDENTS AND VIOLENCE AND HEALTH PROMOTION IN BRAZIL

Márcia Andréia Ferreira Santos

Doutoranda – Programa de Pós-Graduação em Geografia - UFU
karamby@yahoo.com.br

Julio Cesar de Lima Ramires

Prof. Dr. Instituto de Geografia - UFU
ramires_julio@yahoo.com.br

RESUMO

Este artigo pretende apresentar uma discussão acerca das estratégias de prevenção da violência e da promoção da saúde desenvolvidas por órgãos governamentais brasileiros. Os procedimentos metodológicos utilizados foram: a) Leitura de referencial teórico sobre a temática em questão; b) Levantamento de dados secundários sobre a violência, especificamente sobre os homicídios e os acidentes de transporte no Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS); c) Análise dos dados levantados; d) Produção de mapas referentes aos dados levantados. O trabalho levou à constatação de que, apesar das diversas ações estratégicas estabelecidas com o objetivo de promover a paz e minimizar as consequências advindas dos eventos violentos, ainda há muito a fazer, visto que a violência persiste em muitos espaços brasileiros, sobretudo urbanos, tendo os homicídios e os acidentes de trânsito como os principais agravantes da saúde pública.

Palavras-chave: prevenção de acidentes e violência, promoção da saúde.

ABSTRACT

This article presents a discussion about strategies for violence prevention and health promotion developed by Brazilian governmental agencies. The methodological procedures used were: a) Reading of the theoretical framework on the topic in question, b) survey of secondary data on violence, specifically homicide and traffic accidents in the Department of Information of the National Health System (DATASUS); c) Analysis of data collected, d) production of maps of the data collected. The work led to the realization that, despite the various strategic actions established with the aim of promoting peace and minimize the consequences arising out of violent events, there is still much to do, as the violence continues in many places in Brazil, mainly urban, with homicides and car accidents as the main aggravating public health.

Keywords: prevention of accidents and violence, health promotion.

INTRODUÇÃO

A violência tornou-se um problema de saúde pública, devido aos agravos e aos custos que dela decorrem (BRASIL, 2001). Ela afeta profundamente a área da saúde, devido às mortes, lesões, incapacidades, alterações emocionais, redução da qualidade de vida e aumento das demandas de urgência, emergência e reabilitação que provoca.

As perdas humanas e as sequelas deixadas pelos atos violentos vêm crescendo a cada dia em todo o mundo. Considerando-se somente o número absoluto de óbitos, que representam apenas uma parcela de todas as ocorrências, o número de pessoas vitimadas com sequelas é muito maior. Em 2005, foi registrado pelo Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) um total de 47.578 óbitos por homicídio e 35.994 mortes por acidentes no trânsito (acidentes de transporte terrestre). Tais cifras correspondem a aproximadamente 130 óbitos por homicídio e 99 por acidentes de trânsito diários. Assim, o que se pode observar é a situação de uma verdadeira epidemia que se sucede de forma silenciosa, na qual se destacam alguns episódios, não tendo, contudo, a percepção da dimensão total deste grave problema de grande repercussão social, sobretudo no setor saúde. (BRASIL, 2007c).

No Brasil, algumas ações de prevenção de acidentes e violências encontram-se presentes na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, elaboradas pelo Ministério da Saúde, contribuindo para a promoção da Saúde e a redução da morbimortalidade por causas externas, estimulando a cultura da paz e a qualidade de vida. (BRASIL, 2001; 2006).

Dentre as consequências geradas pelos acidentes e violências encontram-se os impactos econômicos, que podem ser medidos diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral.

Os custos do sistema público com a saúde chegam a quase 1 bilhão de reais por ano (cerca de 206 milhões com agressões e 769 milhões com acidentes de transporte), de acordo com estimativa feita pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), com base em dados de 2004. Mas vale ressaltar que o impacto emocional nas famílias e vítimas nas áreas urbanas não pode ser quantificado. Por esta razão, um dos objetivos das políticas de prevenção de acidentes e violências é diminuir o número de incidência desse tipo de evento para que haja menos gastos com os agravos decorrentes deles (BRASIL, 2008).

Desde 1980 observa-se uma expressiva elevação da morbi-mortalidade por acidentes e violência, constituindo-se, como afirma Waldman e Mello Jorge (1999), num dos pontos mais relevantes da transição epidemiológica no Brasil. Por esta razão, destaca-se que a complexidade do problema implica na aplicação de medidas a partir de políticas sociais, elaboração de legislação específica e desenvolvimento de instrumentos de intervenção voltados à prevenção, tratamento e reabilitação dos atingidos, o que pressupõe a identificação de grupos e fatores de risco.

ARCABOUÇO TEÓRICO ACERCA DOS ACIDENTES E DA VIOLÊNCIA

Os acidentes e violências são resultantes de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. É um fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, cujas ações são realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (MINAYO; SOUZA, 1998). Sendo assim, tais eventos apresentam profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, assim como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos.

O acidente é entendido como sendo um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais: trabalho, trânsito, escola, esportes, lazer. Os acidentes, assim como as violências, também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas no que se refere ao tipo e à repercussão. Contudo, diante da dificuldade para estabelecer, com exatidão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre certo grau de imprecisão. (BRASIL, 2001). Vale ressaltar que os acidentes se caracterizam por eventos passíveis de serem previstos e prevenidos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma tipologia, que divide a violência em três categorias, segundo as características daqueles que cometem o ato violento. São elas: a violência autodirigida, interpessoal e coletiva (KRUG et al., 2002). Nessas três categorias incluem-se os atos violentos de natureza física, sexual, psicológica e de privação ou abandono. Dahlberg e Krug (2007, p.1166) afirmam que essa tipologia não é universalmente aceita, mas fornece uma estrutura útil para compreender os tipos complexos de violência praticada em todo o mundo. Vale ressaltar, ainda, que ela também supera as diversas limitações apresentadas por outras tipologias, “[...] na medida em que capta a natureza dos atos violentos, a relevância do cenário, a relação entre agente e vítima e, no caso da violência coletiva, as possíveis motivações para a violência”. O Quadro 00 apresenta a descrição de cada uma das categorias citadas.

O Organograma 1 apresenta a estrutura explicativa para as três categorias de violência, segundo a OMS. A série horizontal indica quem é atingido, e a vertical descreve como a vítima é atingida.

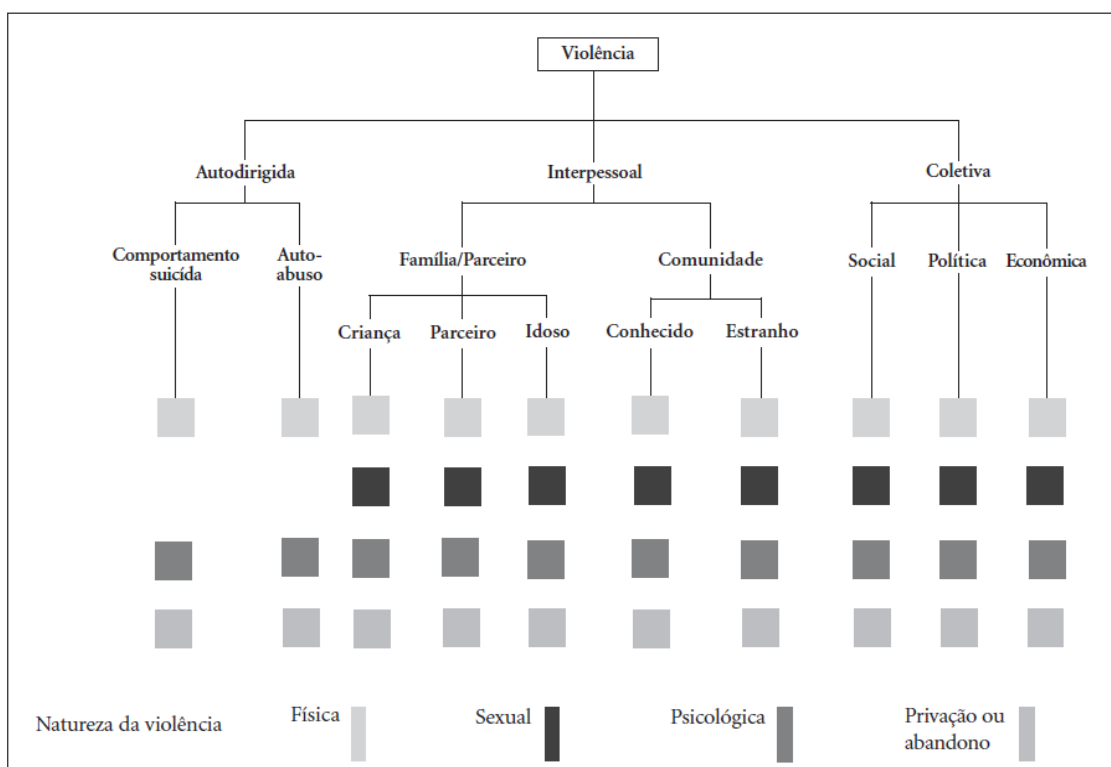
Conforme Dahlberg e Krug (2007), esses quatro tipos de atos violentos ocorrem em cada uma das grandes categorias e de suas subcategorias, com exceção da violência auto-infligida. Nesse sentido, a violência contra crianças cometida dentro de casa pode incluir abuso físico,

sexual e psicológico, como também como negligência. Por outro lado, a violência comunitária pode incluir agressões físicas entre jovens, violência sexual no local de trabalho e negligência com os idosos em asilos. Já a violência política pode incluir atos como estupro durante conflitos e manobras de guerra física e psicológica.

Quadro 1
A natureza dos atos violentos

Categories	Características	Exemplos
Violência autoinfligida	É subdividida em comportamento suicida e agressão autoinfligida. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio - também chamadas em alguns países de “para-suicídios” ou “autoinjúrias deliberadas” - e suicídios propriamente ditos. A autoagressão inclui atos como a automutilação.	Suicídios
Violência interpessoal	Divide-se em duas subcategorias: 1) Violência de família e de parceiros íntimos, que ocorre usualmente nos lares; 2) Violência na comunidade, praticada entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecerem. Geralmente ocorre fora dos lares.	Homicídio, estupro, abuso infantil ou ataque sexual por desconhecido, violência entre parceiros íntimos, maus-tratos de idosos, violência da juventude, violência em instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.
Violência coletiva	Acha-se subdividida em violência social, política e econômica.	Atos terroristas, violência de hordas, outros.

Fonte: Dahlberg e Krug (2007, p. 1166). Org.: Santos (2010).

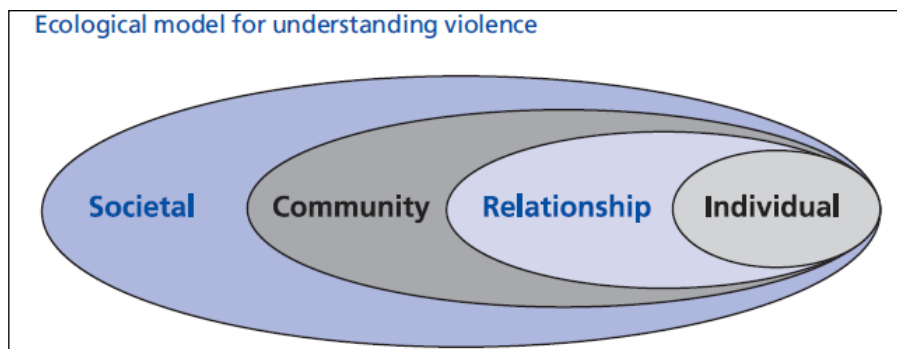


Fonte: Dahlberg e Krug (2007, p. 1166).

Organograma 1 - A tipologia da violência

Existem diversas teorias dedicadas à explicação da violência. Como exemplo, a Teoria Ecológica defende que o meio tem uma forte participação em sua gênese. Dessa forma, a Sociologia

moderna aponta para duas vertentes, a saber: a europeia - ligada a Durkheim (teoria da anomia, ou seja, a normalidade do delito no contexto sociocultural) e a norte-americana, ligada à Escola de Chicago, e admite a existência de subculturas criminais, conforme Clifford Shaw, a partir da qual nasceram progressivamente diversos esquemas teóricos. A teoria ecológica admite a cidade como sendo a principal produtora da criminalidade violenta. O Organograma a seguir apresenta a estrutura do modelo ecológico criado para compreender a violência:



Fonte: Dahlberg e Krug (2007, p. 1172).

Figura 1 - Modelo ecológico para compreender a violência

Conforme Dahlberg e Krug (2007), o primeiro nível do modelo ecológico identifica tanto os fatores biológicos como também os da história pessoal que um indivíduo traz para o seu comportamento. Neste modelo, são levados em consideração fatores como a impulsividade, o baixo nível educacional, o abuso de substância química e a história de agressão e abuso vivida pelo indivíduo. Em resumo, este nível do modelo ecológico focaliza as características do indivíduo que aumentam a probabilidade de ele ser vítima ou agressor.

O segundo nível explora como as relações sociais próximas - aquelas estabelecidas entre companheiros, parceiros íntimos e membros da família - aumentam o risco de vitimização ou agressão violenta. Os referidos autores afirmam que, em se tratando de agressão estabelecida entre parceiros e de maus tratos a crianças, a interação cotidiana com o agressor, em domicílio comum, aumenta a oportunidade de ataques violentos. Essa situação de convívio cotidiano incide, também, na ocorrência contínua de agressão.

O terceiro nível do modelo ecológico examina os contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais, tais como escolas, locais de trabalho e bairros, e a partir disso, procura identificar as características dos cenários associados ao fato de serem vítimas ou agressores. Dahlberg e Krug (2007) comentam que a pesquisa sobre a violência demonstra que as oportunidades para que ela ocorra são maiores em alguns contextos do que em outros como, por exemplo, em áreas de pobreza ou deterioração física, ou onde há escasso apoio institucional. Assim,

Um alto nível de mobilidade residencial (em que as pessoas não permanecem por muito tempo numa mesma residência, mas se mudam com frequência), heterogeneidade (população altamente diversificada, com pouco do adesivo social que mantém as comunidades unidas) e alta densidade populacional são exemplos daquelas características, e cada uma delas tem sido associada à violência. Do mesmo modo, comunidades envolvidas com tráfico de drogas, alto nível de desemprego ou isolamento social generalizado (locais onde as pessoas não conhecem seus vizinhos ou não se envolvem com a comunidade) têm mais probabilidade de viver experiências violentas. (DAHLBERG; KRUG, 2007, p.1124).

O quarto nível do modelo ecológico analisa os fatores mais significativos da sociedade que influenciam nas taxas de violência. Existem fatores que criam um ambiente propício à violência, como aqueles que diminuem as inibições contra ela e os que criam e sustentam divisões entre diferentes segmentos da sociedade. São eles: 1) Normas culturais que sustentam a violência como forma aceitável para resolver conflitos; 2) Atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência evitável; 3) Normas que dão

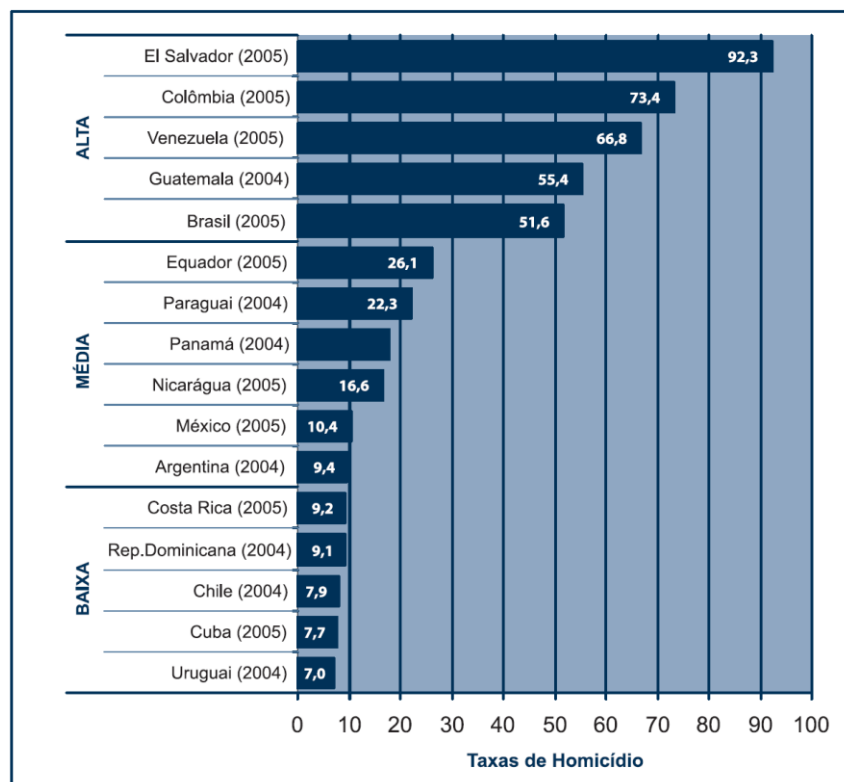
prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança; 4) Normas que fixam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; 5) Normas que apoiam o uso excessivo da força pela polícia contra os cidadãos; 6) Normas que apoiam o conflito político. (DAHLBERG; KRUG, 2007, p. 1173).

Acidentes e violências formam, portanto, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar ao óbito. Neste conjunto, incluem-se as causas ditas acidentais, devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes, e as causas intencionais, como as agressões (homicídios) e as lesões autoprovocadas (suicídios). Quanto à natureza da lesão, tais eventos e/ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, dentre outros. Estes eventos são, também, denominados causas externas e constam no Capítulo XX, da Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua Décima Revisão (CID-10). Dentre os eventos que constituem as causas externas, os homicídios e os acidentes de transporte configuram-se nas duas maiores preocupações para a população brasileira e para os órgãos direta ou indiretamente ligados à promoção da saúde e à prevenção da violência.

Os homicídios, juntamente com os acidentes de transporte, representam os principais tipos de violência dentro da categoria de causas externas no Brasil, cujas características serão apresentadas a seguir.

Os homicídios

Os homicídios atingem, preferencialmente, jovens do sexo masculino com idade entre 15 e 29 anos. Em 2005, a taxa desse tipo de violência envolvendo jovens no Brasil foi de 51,6 para cada grupo de 100 mil, sendo considerada muito alta. Nesse mesmo ano, El Salvador registrou uma taxa de 92,3 ocorrências para cada grupo de 100 mil jovens, ocupando o primeiro lugar no ranking dos países da América Latina, enquanto o Brasil ficou na 5ª posição, após Colômbia (2º. Lugar), Venezuela (3º. Lugar) e Guatemala (4º. Lugar) (Gráfico 2).

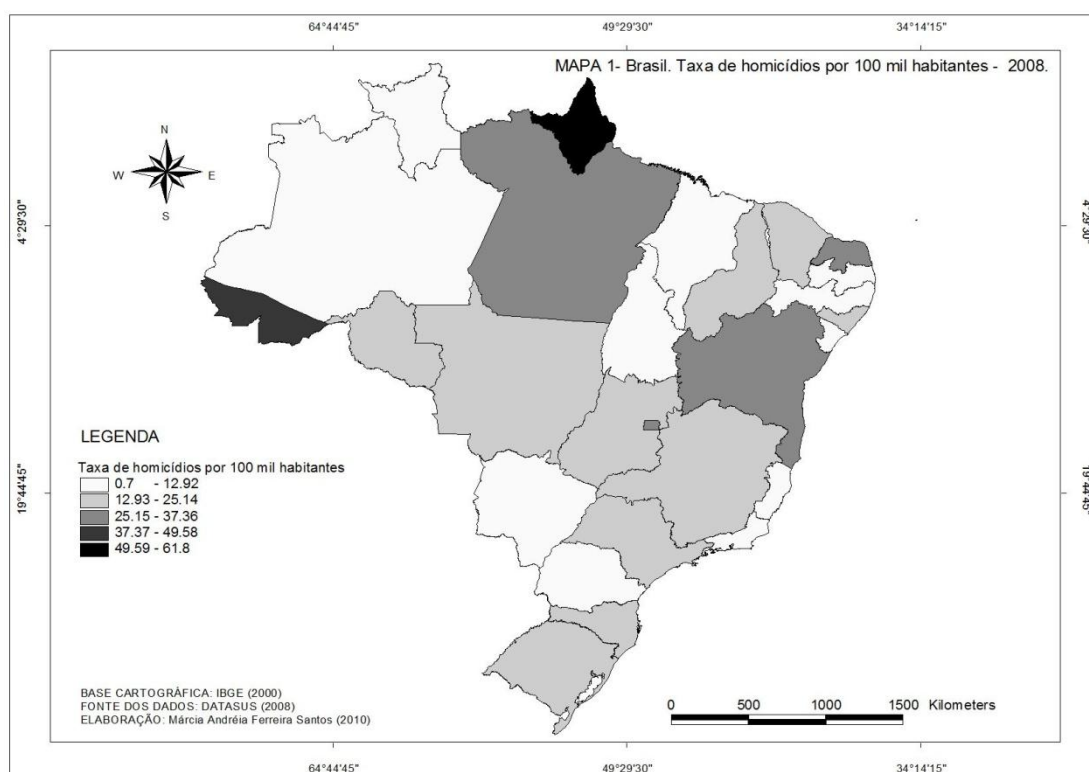


Fonte: Waiselfisz (2008, p.23)

Gráfico 1 - América Latina. Taxa de óbito por homicídios na população Jovem. Último ano disponível

A razão de esses países ter ocupado a primeira posição é bastante parecida. Todos possuem uma população que vive em extrema pobreza, elevada concentração de renda, exclusão e crise da juventude, privatização dos espaços públicos, crise na família, na educação, na política etc. Tais fatores, conforme Waiselfisz (2008) tornaram vários países da América Latina em espaços propícios à violência homicida: conflitos armados internos e externos, fundamentalmente políticos, na segunda metade do século XX, uma cultura cívica autoritária e violenta, largos movimentos migratórios e posterior retorno, muitas vezes forçado. O referido autor ressalta, ainda, que em El Salvador, enquanto a taxa de homicídios entre jovens é ascendente, entre os não-jovens permanece mais ou menos estacionária, decrescendo levemente. Nesse sentido, a maior responsabilidade pelos enormes incrementos registrados nas taxas totais a partir de 2002 deve-se aos homicídios juvenis.

Conforme o Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde – DATASUS (DATASUS, 2009), em 2008 registraram-se 30.277 internações por homicídios no País, representando 37,3 ocorrências para cada grupo de 100 mil habitantes, considerado um valor muito alto para a OMS, que classifica em baixas as taxas até 10/100 mil habitantes; médias, as taxas entre 10 e 20, altas entre 20 e 30, e muito altas aquelas acima de 30/100 mil habitantes (BRASIL, 2008). O estado do Amapá foi o que apresentou o maior número de ocorrência de homicídios em 2008, com 61,8 ocorrências por 100 mil habitantes; em segundo lugar, o Acre, com 49,58/100 mil habitantes e, em terceiro lugar, Pará, Bahia, Rio Grande do Norte e o Distrito Federal, com 37,36/100 mil habitantes (Mapa 1).

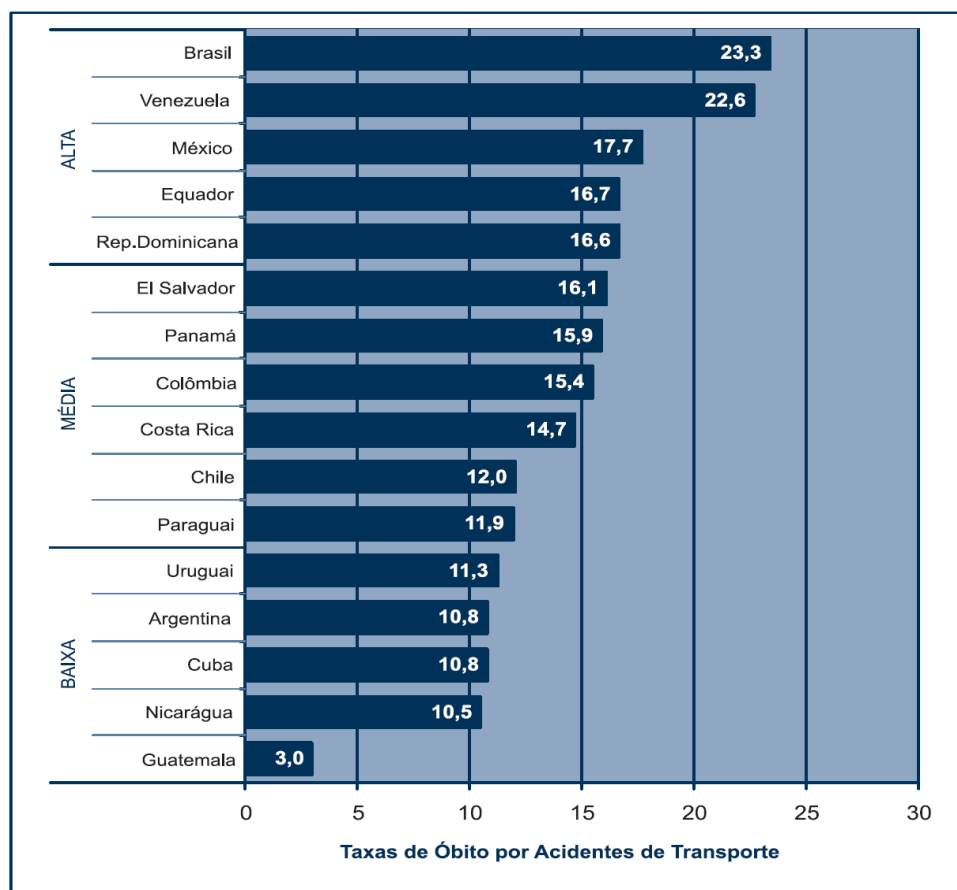


Mapa 1 - Brasil. Taxa de homicídio por 100 mil habitantes - 2008

Os dados de homicídios registrados pelo DATASUS não representam a totalidade das ocorrências, pois muitos desses eventos não chegam ao conhecimento dos órgãos públicos, sobretudo quando se dão em lugares, tais como favelas, que, com o intuito de evitar a prisão, muitos indivíduos vítimas de tentativas de homicídio, e envolvidos com algum tipo de crime, como o tráfico de drogas, por exemplo, não procuram os serviços públicos de saúde. Além disso, muitas mulheres, vítimas de violência doméstica, evitam, por medo, denunciar os atos violentos à Polícia ou aos órgãos competentes, perpetuando, assim, a subnotificação desse tipo de crime.

Os acidentes de transporte

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortes, quanto de feridos, sendo atingidos, sobretudo, jovens do sexo masculino, evidenciando não só um dano social, mas, principalmente, perdas na população economicamente ativa. Estimativas apontam que em 2002 morreram 1,18 milhões de pessoas em via pública, com uma média mundial de 3.242 falecimentos diários. Acrescenta-se que as lesões causadas pelos acidentes no trânsito convertem-se na décima causa de morte no mundo (BRASIL, 2007c). Alguns dados referentes ao período de 2002 a 2006 demonstram que o Brasil ocupou o primeiro lugar no ranking de países da América Latina com a maior taxa de acidentes de transporte envolvendo jovens, 23,3/100 mil habitantes (Gráfico 2).

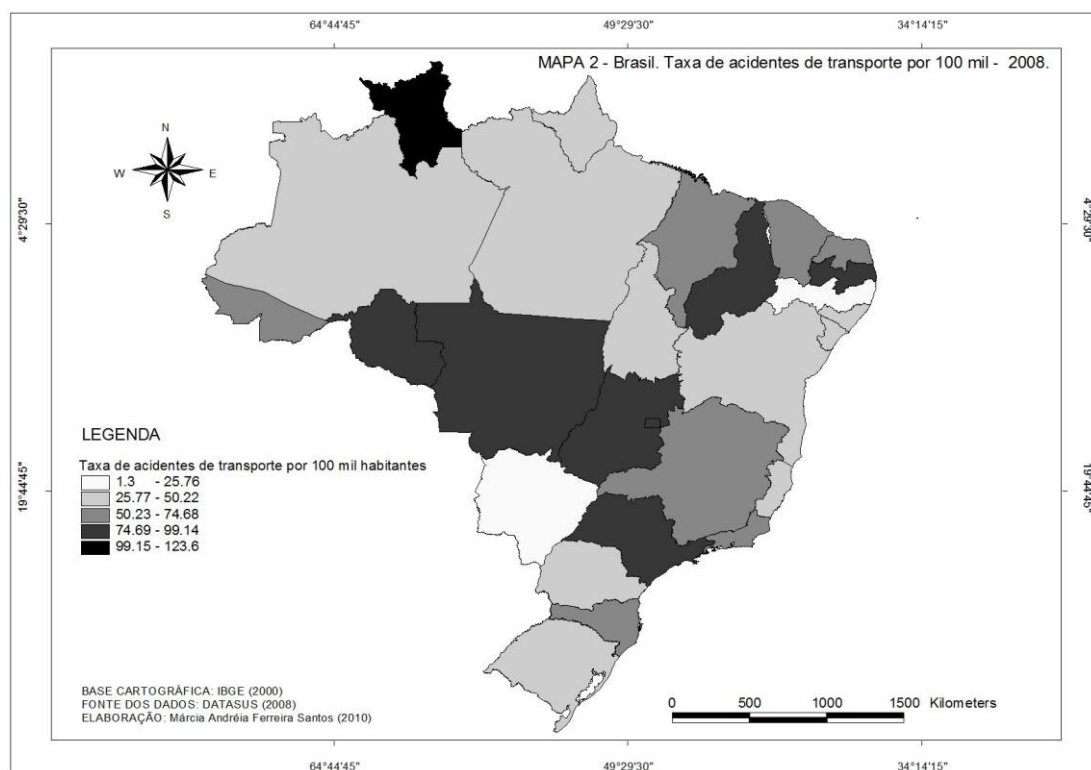


Fonte: Waiselfisz (2008, p.52).

Gráfico 2 - América Latina. Taxa de óbito por acidentes de transporte na população Jovem. (Último ano disponível). Dados variando no quinquênio 2002-2006

O Brasil apresenta taxas de mortalidade por acidentes de transporte relativamente elevadas para a região: 19,4/100 mil para a população total e 23,3 para a jovem. Isso localiza o Brasil no terceiro lugar nos índices totais e no primeiro quando se trata de jovens entre os países da América Latina. De acordo com Waiselfisz (2008), no período de 1994 a 2005 o País apresentou uma inflexão no crescimento das taxas em 1997, ocasionada por uma nova Lei de Trânsito, mas a partir de 2000, retomou o crescimento, aumentando em 5,6% as taxas totais, 17,4% as jovens e 2,9% as não-jovens. Nesse sentido, cresce de forma leve a vitimização juvenil chegando, em 2005, a 30%.

Em 2008, foram registradas 103.663 internações por acidentes de transporte em todo o Brasil, perfazendo uma taxa de 88,6/100 mil habitantes. Roraima foi o estado que registrou a maior taxa: 123,6 internações por 100 mil habitantes, vindo em segundo lugar Rondônia, Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal, São Paulo, Minas Gerais, Piauí e Paraíba, com 99,14/100 mil habitantes (Mapa 2).



Mapa 2 - Brasil. Taxa de acidentes de transporte por 100 mil habitantes - 2008.

Conforme pesquisa realizada pelo Departamento Nacional de Trânsito – Denatran em 1999, e comentada na reportagem “Capital de Roraima é campeã de mortes por acidentes de trânsito no Brasil” (2006), o número de acidentes de transporte em Roraima incide, sobretudo, em Boa Vista, que lidera no Brasil a relação de acidentes que resultaram em mortes. De acordo com a reportagem, o Pronto Socorro da respectiva cidade atende diariamente entre 70 e 80 pacientes vítimas de trauma, ocasionado, principalmente por acidentes com motocicletas.

Ao analisar a Tabela 1, constatou-se que as principais ocorrências de acidentes de trânsito no Brasil em 2008 envolveram automóveis (41,27%) e motocicletas (33,53%), o que também pode ser observado em outros períodos históricos, pois essa tendência tornou-se um padrão. Ressalta-se que tais ocorrências, geralmente deixam sequelas que oneram o Sistema Único de Saúde – SUS, sobretudo no que se refere aos gastos com internação e reabilitação das vítimas.

Merece destaque, ainda, o fato de que 48,47% dos condutores envolvidos com os acidentes de trânsito em 2008 no Brasil possuíam Carteira Nacional de Habilitação – CNH. Mas, conforme dados do Denatran (2008), em 39,88% das ocorrências não foi informada a situação do condutor. Além disso, em 3,86% dos casos registrados não foi exigida a CNH.

Diante dessa situação observada constata-se que a prevenção dos acidentes de trânsito no Brasil requer uma atuação conjunta de órgãos federais, estaduais e municipais, pois os desafios apresentados são de proporções elevadas. Muito já tem sido feito, sobretudo com as fiscalizações empreendidas pelos órgãos competentes, mas somente esse tipo de atuação não é suficiente, pois os números de ocorrência aumentam cotidianamente. Nesse sentido, a vigilância torna-se um instrumento importante na prevenção e controle de acidentes e violências. Para Waldman e Mello Jorge (1999), a vigilância deve apresentar as seguintes características: a) deve ser simples; b) contínua (aspecto que a diferencia da pesquisa); c) ter obrigatoriamente três componentes: informação, análise regular da informação com fundamento no conhecimento científico e ampla disseminação da informação analisada a todos que dela necessitam. Os referidos autores acrescentam que, apesar de ser um importante

instrumento a favor da prevenção de acidentes e violências, apresenta certas limitações que impedem sua implementação, caracterizadas pela subnotificação e inconsistência da definição de caso.

Tabela 1

Brasil. Tipos de veículos envolvidos em acidentes de trânsito com vítimas, por Unidades de Federação – 2008

UF	Total	Tipo de Veículo							
		Automóvel/ Camioneta	Ônibus/ Microônibus	Caminhão/ Caminhonete	Reboque	Motocicleta	Bicicleta	Outros	Não Informado
BRASIL	597.786	246.712	23.052	54.463	5.381	200.449	32.496	9.867	25.366
Acre	3.907	1.156	64	377	0	1.903	365	10	32
Alagoas	3.250	1.448	194	547	12	724	167	105	53
Amapá	5.136	2.764	166	368	-	1.521	281	30	6
Amazonas	7.575	3.118	503	604	0	2.977	86	47	240
Bahia	13.938	5.622	873	822	29	4.736	434	51	1.371
Ceará	16.395	6.090	818	1.676	12	5.803	1.046	315	635
Distrito Federal	18.469	9.901	982	1.318	-	5.008	1.084	52	124
Espírito Santo	23.973	9.383	882	2.100	434	9.051	1.430	341	352
Goiás	66.129	22.837	1.353	6.397	0	30.252	4.564	595	131
Maranhão ***	3.570	1.560	201	557	4	928	275	45	0
Mato Grosso***	1.932	617	47	347	1	307	65	529	19
Mato Grosso do Sul	13.850	5.090	225	1.352	22	6.147	918	44	52
Minas Gerais***	12.819	6.429	1.023	330	15	4.463	285	72	202
Pará	18.093	4.439	1.057	1.959	0	7.590	1.837	687	524
Paraíba	4.619	1.846	161	374	4	1.545	217	169	303
Paraná	78.157	35.930	1.810	5.232	747	27.150	3.728	2.942	618
Pernambuco	5.199	2.279	371	276	14	1.791	280	82	106
Piauí	6.096	2.173	222	544	1	2.565	365	25	201
Rio de Janeiro	21.694	2.186	206	324	0	1.005	210	56	17.707
Rio Grande do Norte	7.368	2.885	266	727	5	2.995	294	45	151
Rio Grande do Sul	60.090	23.314	4.217	13.361	2.902	13.496	641	1.282	877
Rondônia	17.880	4.947	167	1.553	124	8.493	1.747	187	662
Roraima***	3.374	1.206	42	135	0	1.632	317	8	34
Santa Catarina	7.246	3.166	601	94	17	2.530	709	66	63
São Paulo	165.512	82.154	6.309	12.149	902	51.052	10.354	1.748	844
Sergipe	2.686	1.318	157	200	7	760	77	155	12
Tocantins	8.829	2.854	135	740	129	4.025	720	179	47

Fonte dos dados: Detrans (2008).

Fonte de consulta: Denatran (2008)

*** Dados referentes ao período de Janeiro-Junho de 2008.

Waldman e Mello Jorge (1999, p.76) ressaltam que a vigilância de eventos adversos à saúde referentes a acidentes e violência deve ter por objetivo oferecer às autoridades sanitárias subsídios à elaboração de programas de prevenção e controle, como: 1) Estimar a morbimortalidade em termos de magnitude, tendências, custo e impacto social; 2) Identificar grupos e fatores de risco; 3) Detectar *clusters*; 4) Avaliar a efetividade de intervenções; 5) Induzir pesquisas e incorporar novos conhecimentos visando ao contínuo aperfeiçoamento dos serviços de saúde.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E CULTURA DA PAZ

Conforme Silva e outros (2007), as taxas de mortalidade por acidentes e violências apresentam-se altas e crescentes desde a década de 1980 no Brasil, disseminando-se, em algumas regiões, à semelhança das doenças transmissíveis. Atualmente, ocupam a terceira causa de óbito na população brasileira, atingindo, predominantemente, jovens do sexo masculino. Em razão disto, o Ministério da Saúde tem se mobilizado para o enfrentamento do problema e, por intermédio da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, realizou em 2005 o I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Neste evento, aprovou-se a Agenda de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, estruturada em quatro eixos: 1) Implantação da Vigilância e do Sistema de Informação de Acidentes e Violências; 2) Gestão; 3) Intervenção; e 4) Avaliação e apoio à pesquisa. Assim sendo, “[...] a Saúde não se propõe apenas a assumir a responsabilidade pela assistência e reabilitação das vítimas de acidentes e violências como também pela prevenção dos eventos, em uma perspectiva de promoção da saúde da população” (SILVA et al, 2007, p. 58).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 2008, mantêm ações de cooperação com o Brasil, que se estenderá até 2012, visando: 1) Priorizar a promoção da saúde no controle da violência e dos acidentes de trabalho e de trânsito; 2) Atuar sobre os fatores de risco das comunidades; 3) Reduzir a marginalização e a exclusão social; 4) Resolver conflitos positivamente; 5) Promover o direito, a tolerância e o respeito às identidades culturais; 6) Focar a prevenção do crime e da violência; 7) Entender os fatores de risco e as causas do crime e da violência; 8) Valorizar os pontos fortes das comunidades; 9) Estabelecer cooperação interssetorial; 10) Desenvolver atitudes de prevenção na família, escolas e comunidade; 11) Gerar trabalho e renda; 12) Estabelecer policiamento para a prevenção ao crime; e 13) Justiça criminal, penas alternativas, reabilitação em prisões. Vale ressaltar que qualquer intervenção política que vise o estabelecimento de ações preventivas às atitudes violentas enfrentará dificuldades estruturais, como a fragmentação do espaço urbano, a degradação da vida nas grandes cidades, a miséria econômica, a marginalização social, o desemprego, dentre outros.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) utiliza um conceito ampliado de saúde, que visa à promoção da qualidade de vida, à equidade e à redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tais como modos de vida, ambiente, educação, condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990).

A PNPS busca, ainda, ampliar a autonomia e a corresponsabilidade da população no cuidado integral à saúde, entendendo como fundamental a redução das desigualdades, atentando para as questões de gênero, etnia, raça, entre outras. Além disso, aponta para a busca da mudança do atual modelo assistencial médico-hospitalocêntrico, baseado na atenção individualizada e fragmentada. A política também define como prioridades a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz. (BRASIL, 2007b).

A PNPS entende que a promoção da saúde é uma estratégia que prioriza a visibilidade dos fatores que colocam a saúde da população em risco. Ela busca compreender e minimizar as diferenças regionais existentes no País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defenda a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

Um dos principais objetivos das políticas de prevenção da violência é o envolvimento dos indivíduos nesse processo. É o estabelecimento de uma consciência de que a violência é um fenômeno multifacetado e dinâmico, e, portanto, necessita de ser prevenida por meio de ações estratégicas multissetoriais, e estudada por diferentes áreas do conhecimento, tais como a Sociologia, a Geografia, a História, e não apenas a Criminologia e o Direito.

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu cultura da paz, em 1999, como sendo um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social. Mas, o que vem a ser paz? A paz é, por sua vez, um fenômeno complexo que envolve a construção de uma estrutura e de relações sociais em que exista justiça, igualdade, respeito, liberdade e ausência de todo o tipo de violência. Relaciona-se ao desenvolvimento, aos direitos humanos, à diversidade e à cooperação de pessoas, grupos ou nações.

A violência é a principal responsável pela morte de brasileiros com idade entre 1 e 39 anos, e representa a 3ª causa de morte na população geral. Segundo o Ministério da Saúde, crianças cujas mães sofrem violência intrafamiliar possuem três vezes mais chances de adoecer, e mais da metade repete pelo menos um ano na escola, abandonando os estudos, em média, aos nove anos de idade (BRASIL, 2009). Os homens, por sua vez, são as principais vítimas dos acidentes, contribuindo com o maior número de mortos e traumatizados. Acrescenta-se a isso o fato de que as vítimas de violência utilizam mais os hospitais e os serviços de emergência disponíveis pelo fato de apresentarem mais problemas de saúde, provocando, com isso, uma maior utilização dos recursos destinados à saúde.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

As ações direcionadas à prevenção de acidentes e violências podem ser de curto prazo e de caráter reparador, ou de longo prazo e preventivas. Assim, diversas ações podem ser tomadas, baseadas na natureza dos riscos, na receptividade ao controle e na percepção pública dos

riscos. O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, têm coordenado uma série de ações de vigilância e prevenção de acidentes e violências, bem como de promoção da saúde e da cultura de paz.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por meio da Portaria GM/MS nº 737, de 16/05/2001, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios e diretrizes para a estruturação e o reforço de ações interssetoriais de prevenção das violências, de assistência às vítimas de causas externas, bem como a promoção de hábitos e comportamentos seguros e saudáveis. Ela inclui em suas estratégias a monitorização e a melhoria das informações sobre a ocorrência de acidentes e violências como uma prioridade, considerando fundamental o registro contínuo padronizado e adequado das informações, de forma a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Atenção às Urgências, implantada através da Portaria GM/MS nº 1.863, de 29/09/2003, orienta o componente assistencial do plano de enfrentamento das causas externas, com previsão de aprimoramento e expansão dos atendimentos pré, intra e pós-hospitalares das vítimas de violência. Atualmente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), principal componente desta política, apresenta cobertura de 62 milhões de brasileiros em 266 cidades.

A Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 936, de 19/05/2004, implantou nos estados e municípios Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, em âmbito local. Atualmente, a Rede conta com aproximadamente sessenta núcleos formados por instituições municipais, estaduais, acadêmicas e Organizações Não-Governamentais (ONGs). Estes Núcleos, financiados pelo Ministério da Saúde, são os responsáveis por articular e coordenar ações interssetoriais promotoras de saúde e da cultura da paz no âmbito local.

A Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, aprovada em 2005, define prioridades e metas de prevenção das violências e acidentes a serem seguidas pelos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal. Uma de suas ações foi implantar a Rede de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, por meio dos seguintes critérios:

- 1) *Ranking* da violência (municípios com mais de 100 mil habitantes e piores índices de mortalidade por homicídios, acidentes de transporte e suicídios);
- 2) Experiências em curso nos Estados/Municípios;
- 3) Matriz de Exploração Sexual da Secretaria Especial de Direitos Humanos;
- 4) Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (Pair);
- 5) Municípios prioritários da área técnica da Saúde da Mulher;
- 6) Municípios com o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito implantado;
- 7) Decisão política; capacidade técnica; e sistemas de informações existentes. (SILVA et al., 2007, p. 58-59).

A Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), implantada através da Portaria GM/MS nº 1.356, de 23 de junho de 2006, visa melhorar a qualidade das informações sobre violências, proporcionando um conhecimento melhor da magnitude e natureza das violências, e do perfil da vítima e do agressor. Para isso, o Ministério da Saúde repassou incentivo financeiro para secretarias estaduais e municipais de saúde para a implantação da notificação da violência doméstica, sexual, outras violências interpessoais e autoprovocadas, assim como para a vigilância de acidentes.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 687, de 30/03/06, contribuiu com ações efetivas para a prevenção de acidentes e violências, atuando sobre os fatores de risco e de proteção, promovendo ambientes e entornos seguros e saudáveis, como também comportamentos e hábitos saudáveis por parte da população.

A publicação anual do Ministério da Saúde, intitulada Saúde Brasil (BRASIL, 2007a), apresenta uma análise da situação da violência no Brasil a partir das informações do Sistema Nacional de

Mortalidade (SIM). Esta publicação, iniciada em 2004, tem contribuído para melhorar os diagnósticos sobre mortes violentas, possibilitando análises de tendência e subsidiado o planejamento de ações de intervenção e prevenção das violências e de promoção da saúde. Além disso, é uma ferramenta importante de avaliação do impacto das políticas públicas implantadas no país, como o que foi feito em relação ao Código de Trânsito Brasileiro e ao Estatuto do Desarmamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência apresenta diversas dimensões, efeitos e causas. Os fatores socioeconômicos, por exemplo, são quase sempre necessários para explicar certos tipos de violência, mas não são suficientes para elucidar a sua origem. A desigualdade social é um fator predisponente e, em alguns casos, condicionante da violência, mas tudo depende do contexto, das relações intersubjetivas, dos fatores psicossociais, da estatura moral dos indivíduos, ou seja, o problema envolve dimensões existenciais complexas. Nosso modo de compreender e definir a violência depende de valores sociais, regras culturais, ordenamentos normativos, circunstâncias históricas.

O surgimento e agravamento da violência dependem do modo como a ela reagimos. Deve-se evitar a sua naturalização e minimizar os efeitos de fatores desencadeadores, como a perda de referenciais éticos, individualismo, segregação social, cultura do medo, exacerbação dos conflitos, enfraquecimento dos laços de sociabilidade, indiferença em relação aos princípios de justiça, corrupção e apologia da criminalidade, discriminação a grupos e minorias, desigualdades socioeconômicas e anomia.

A adoção de penas severas, tais como a ameaça à pena de morte, ou até mesmo a redução do limite etário de imputabilidade ou somente a tomada de decisão por meio de ações de segurança não são suficientes para minimizar os riscos e os agravos advindos da violência. Daí a necessidade em adotar medidas preventivas de controle dos seus determinantes.

Como estratégia de prevenção aos agravos decorrentes de acidentes e violências, diversas ações governamentais voltadas para a vigilância vem sendo desenvolvidas em diversos estados brasileiros. Ações essas baseadas em treinamento de profissionais e monitoramento de dados, por exemplo. Em São Paulo já existe em pleno funcionamento a vigilância de homicídios, que tem por finalidade acompanhar as informações e identificar os principais fatores de risco com vistas à proposição de ações que visem ao seu controle. O projeto de vigilância envolveu técnicos das secretarias de Saúde, Justiça e Cidadania, Segurança Pública, em parceria com outros órgãos, como a Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina da Santa Casa e o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade da Prefeitura do Município de São Paulo, que culminou na produção de um software ligando as informações provindas de diferentes fontes.

Em suma, considera-se que a prevenção de acidentes e violências como forma de promover a saúde no Brasil é um desafio tanto para os órgãos governamentais quanto para a sociedade em geral. Somente com a união de ambos os esforços é que, de fato, se conseguirá proporcionar melhor qualidade de vida para a população a partir da minimização dos agravos à saúde decorrentes de tais fenômenos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília: Ministério da Saúde: 2009a. 44 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **O Desafio do enfrentamento da violência**: situação atual, estratégias e propostas. Brasília, DF: CONASS, 2008. 61p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2007**: uma análise da situação de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2007a. 641 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007b. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Violência: uma epidemia silenciosa**. Brasília: CONASS, 2007c. 134 p. (CONASS Documenta; 15).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção 1e.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

CAPITAL de Roraima é campeã de mortes por acidentes de trânsito no Brasil. **Folha de Boa Vista**, 04 de julho de 2006. Disponível em: <<http://portalamazonia.globo.com/pscript/noticias/noticias.php?pag=old&idN=38077>>. Acesso em: 17 jun. 2010.

DAHLBERG, Linda, L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, p. 1163-1178, 2007. (Suplemento).

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – DATASUS. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares**. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2009.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN. Ministério das Cidades. Secretaria executiva. Departamento Nacional de Trânsito. Coordenação Geral de Informatização e Estatística. **Anuário estatístico de acidentes de trânsito – Brasil – Renaest 2008**. Brasília, DF, Denatran, 2008.

KRUG, Etienne G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. 380p. ISBN 92 4 154561 5

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, p. 513-531, 1998.

SILVA, Angela Maria; PINHEIRO, Maria Salete de Freitas; FRANÇA, Maira Nani. **Guia para normalização de trabalhos técnico-científicos**: projetos de pesquisa, monografias, dissertações, teses. Uberlândia: EDUFU, 2008. 145p.

SILVA, Marta Maria Alves da et al. Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n.1, p. 57-64, 2007.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência**: os jovens da América Latina. Brasília, DF: Artecó Gráfica e Editora, 2008. 120p.

WALDMAN, Eliseu Alves; MELLO JORGE, Maria Helena de. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, p.71-79, 1999.