



IMPACTO

da violência
na saúde
dos brasileiros



IMPACTO

da violência
na saúde
dos brasileiros

Série B. Textos Básicos de Saúde

© 2005 Ministério da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Série B. Textos Básicos de Saúde

1ª edição – 2005 – tiragem: 2.000 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação e Saúde

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Endereço

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

Edifício Sede, 1.º andar, Sala 134

CEP: 70058-900, Brasília/DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/svs

Instituições promotoras

Ministério da Saúde

Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde

Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli / CLAVES / ENSP / FIOCRUZ

Organização

Edinilsa Ramos de Souza e Maria Cecília de Souza Minayo

Revisão técnico-científica

Maria Cecília de Souza Minayo

Consultores técnicos

Maria do Socorro Alves Lemos, Carlos Felipe Almeida D'Oliveira, Cláudia Araújo de Lima,

Fernando Tomás Acosta, Tânia Loes, Vilma Pinheiro Gawryszewski, Miguel Malo

Colaboração

Deborah Carvalho Malta, Eugênia Maria Silveira Rodrigues, Valter Chaves Costa, Vilma Pinheiro Gawryszewski

Produção editorial

Capa: Fabiano Camilo

Projeto Gráfico: Fabiano Camilo e Lúcia Saldanha

Diagramação: Lúcia Saldanha

Normalização: Gabriela Leitão e Vanessa Kelly

Revisão: Lílian Assunção

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde,
Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-0977-X

1. Violência. 2. Problemas sociais. 3. Saúde pública. I. Título. II. Série.

NLM WA 308

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0580

Sumário

| | | |
|----------|---|------------|
| | Apresentação | 5 |
| | Introdução | 7 |
| 1 | Violência: um problema para a saúde dos brasileiro Maria Cecília de Souza Minayo Anexo I 34 | 9 |
| 2 | Violências envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante Suely Ferreira Deslandes, Simone Gonçalves de Assis, Nilton César dos Santos Anexo II 68 | 43 |
| 3 | Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual Simone Gonçalves de Assis, Suely Ferreira Deslandes, Nilton César dos Santos Anexo III 106 | 79 |
| 4 | Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo, Cláudio Felipe Ribeiro da Silva Anexo IV 135 | 117 |
| 5 | Violência contra idosos: é possível prevenir Maria Cecília de Souza Minayo, Edinilsa Ramos de Souza Anexo V 166 | 141 |
| 6 | Violência interpessoal: homicídios e agressões Edinilsa Ramos de Souza, Maria Luiza Carvalho de Lima, João Paulo Costa da Veiga Anexo VI 198 | 171 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 7 | Suicídio: violência auto-infligida | 205 |
| | Maria Cecília de Souza Minayo Anexo VII 234 | |
| 8 | Violência no trabalho | 241 |
| | Carlos Minayo Gómez Anexo VIII 272 | |
| 9 | Violência no trânsito: expressão da violência social | 279 |
| | Edinilsa Ramos de Souza, Maria Cecília de Souza Minayo, Juaci Vitória Malaquias Anexo IX 300 | |
| 10 | Qualidade da informação sobre acidentes e violências | 313 |
| | Kathie Njaine, Ana Cristina Reis Anexo X 334 | |

Apresentação

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde apresentam o livro Impacto da violência na saúde dos brasileiros, uma parceria com o Centro Latino Americano de Estudos da Violência e Saúde Jorge Careli/Claves/ENSP/Fiocruz. Esta publicação marca nosso compromisso com o tema da violência, no marco das recomendações do Informe Mundial da OMS (2002) sobre violência e Saúde, mostrando a importância da produção contínua e oportuna de conhecimentos científicos com o propósito de subsidiar o estabelecimento de políticas públicas para o seu enfrentamento.

O livro sistematiza informações sobre acidentes e violências a partir dos bancos de dados existentes, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o de Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e procura refletir mais amplamente sobre o contexto no qual a violência pode se desenvolver. Os resultados aqui apresentados mostram a relevância do problema no Brasil, uma vez que a maior ameaça à vida dos jovens em nosso País, na atualidade, não são as doenças, mas sim a violência. Ao contextualizar o problema, busca avançar na compreensão dos seus determinantes sociais, analisando sua frequência e distribuição em grupos populacionais, identificando os fatores de risco que podem auxiliar na definição de medidas preventivas e na atuação dos gestores.

Com esta publicação reafirmamos o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública, embora não específico da área da Saúde, uma vez que é resultado de uma complexa interação de diversos fatores, que podem ser individuais, sociais, econômicos, culturais, dentre outros. Por isso, a sua abordagem deve ser interdisciplinar, apoiada no avanço dos conhecimentos científicos e na superação das desigualdades, implicando na articulação da segurança, da saúde e do desenvolvimento social, devendo ser enfrentada pelos diversos setores da sociedade e do Estado.

Por fim, pretende-se que os resultados aqui apresentados possam contribuir para o debate público que se trava hoje na sociedade sobre esta questão, bem como para o levantamento de novas questões e caminhos.

Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Secretário de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

Horacio Toro Ocampo
Representante do Brasil da Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde

Introdução

O Brasil adentra o século e o milênio com mais um grave desafio de Saúde Pública: a violência. Com o objetivo de disponibilizar informações, promover e facilitar a discussão sobre a questão, o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde e o Centro Latino Americano de Estudos da Violência e Saúde Jorge Careli/Fundação Oswaldo Cruz da Escola Nacional de Saúde Pública, introduz esta publicação.

Foram priorizados temas relevantes para o estabelecimento de políticas públicas, haja vista não ser possível abordar todas as nuances que a violência possa assumir.

Destacam-se a análise da morbimortalidade por acidentes e violências a partir dos bancos de dados oficiais e, outrossim, iniciativas para o seu enfrentamento. O capítulo que inaugura o livro, *Violência – um problema de saúde para os brasileiros*, busca conceituar a violência, reconhecendo a complexidade e os limites existentes para o alcance do propósito. Apresenta, ainda, as diferentes formas e naturezas que a violência tem assumido.

No capítulo seguinte, *Violências envolvendo crianças no Brasil*, os autores pretendem definir a violência contra a criança e em que medida a violação dos seus direitos compromete o desenvolvimento da sua condição cidadã. São abordadas as dificuldades enfrentadas por aquelas que crescem nos estratos menos favorecidos da sociedade brasileira, particularmente quando submetidas ao trabalho ilegal. Apresentam, também, uma revisão da literatura sobre a questão da violência família.

O capítulo *Violência na adolescência – sementes e frutos de uma sociedade desigual* trata dos fatores e da magnitude das mortes no segmento populacional mais vitimados pela violência. Os autores mapeiam as diversas formas de violências que envolvem os adolescentes, discutindo algumas iniciativas para o seu enfrentamento. Também são abordados os aspectos das desigualdades existentes na sociedade, que podem favorecer a chamada “cultura de violência”, o papel da escola e do trabalho na vida do adolescente; e fornecem dados sobre a violência juvenil.

A discussão sobre “*violência de gênero*”, no capítulo *Violência contra a Mulher*, desenvolve uma questão de Saúde Pública e de violação dos direitos humanos, à qual acrescenta exemplos das formas mais habituais de maus tratos e abusos para com as mulheres no País.

O aumento da esperança de vida do brasileiro levou a um aumento proporcional da sua população idosa e mostrou a necessidade de discutir as suas questões específicas. Em *Violência contra idosos: é possível prevenir?*, os autores se dedicam à tarefa de compreender a situação de violência nesse momento conclusivo da vida. Para tanto, definem conceitos e realizam uma ampla revisão bibliográfica das questões pertinentes a esse grupo, que não cresce apenas em números, mas, principalmente, na qualidade de vida e de saúde na importância da sua atenção e promoção.

Em *Violência interpessoal, homicídios e agressões*, apresenta-se um detalhado panorama epidemiológico desse agravo. Algumas hipóteses são levantadas para explicar o aumento observado nas taxas de homicídios na sociedade brasileira, nas últimas décadas. Um segundo enfoque do tema, igualmente relevante, encontra-se no desafio de construir programas de intervenção no contexto social brasileiro.

Apesar de, ainda nesse contexto, os suicídios representarem, proporcionalmente, uma pequena parcela do total de causas externas, constituem uma grande preocupação para a área da Saúde no plano internacional, merecendo um capítulo especial: *Suicídio, violência autoinflingida*, em que se discute o problema da subnotificação de casos e vários modelos explicativos, tanto para os casos fatais quanto para os não fatais.

A violência nas relações e no ambiente de trabalho é o tema do capítulo *Violência no trabalho*, que provê o leitor de uma valiosa análise epidemiológica sobre a questão ao contextualizar as informações disponíveis sobre o assunto. Foram consultadas diversas fontes relacionadas ao processo saúde-doença do trabalhador, com vistas a superar alguns dos problemas de obtenção e compatibilidade dos dados apontados pelos estudiosos do assunto.

O capítulo *Violência no Trânsito* traz uma reflexão sobre as conseqüências para a saúde de um processo de urbanização não planejado; entre elas, a morbimortalidade por lesões causadas no trânsito. Demonstra, ainda, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) pautou o problema, e as estratégias definidas pelo governo brasileiro para o seu enfrentamento; e discute os fatores determinantes e de risco para mais essa forma de violência.

O último capítulo, *Qualidade da Informação sobre Acidentes e Violências*, propõe-se a uma análise crítica do processo de construção da informação sobre acidentes e violências para a Saúde Pública, a partir da geração dos dados, sua sistematização, disseminação e uso científico, social e estratégico. Destacam-se, ademais, os papéis destinados ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

O trabalho de reunião de estudos afins ao assunto reflete o entendimento da instituição de que a violência deve ser analisada, assistida e prevenida de maneira interdisciplinar, envolvendo os diversos setores governamentais em suas três esferas – federal, estadual e municipal –, os setores não governamentais organizados e demais expressões da consciência da sociedade civil. Entre instituições, autoridades e técnicos que colaboraram com este projeto e são merecedores de agradecimentos sinceros, encontram-se, especialmente, aos autores dos estudos que motivaram os relatos apresentados nesta oportuna e valiosa publicação.

Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
Departamento de Análise de Situação de Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

Violência

um problema para a
saúde dos brasileiros

Introdução

Em sua origem e manifestações, a violência é um fenômeno sociohistórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública. Transforma-se em problema para a área, porém, porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. Como lembra um dos importantes documentos da Organização Pan-Americana da Saúde:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1994, p. 5).

Como problema social, a presença da violência é lembrada desde o mito de origem bíblico que se inicia com uma disputa fratricida e a morte de Abel por Caim, evidenciando-se a convivência da sociedade humana com as perenes disputas de poder, com os ódios e com a vontade de aniquilamento de uns pelos outros. Atualmente a OMS revela em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde que “todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p.3), por causas violentas. Só Brasil, na década de 90, ou seja, num espaço de dez anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes e dessas, cerca de 400 mil faleceram por homicídios (MINAYO, SOUZA, 2003). Tanto no mundo como aqui no País, os óbitos infligidos por outros ou auto-infligidos constituem sério problema social e têm intensas repercussões na saúde pessoal e coletiva.

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. Cálculos estimam que cerca de 3,3% do PIB brasileiro são gastos com os custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos (BRICEÑO-LEÓN, 2002). Esse autor comenta, falando da América Latina como um todo, reporta-se a dados do Banco Interamericano de Desenvolvimento segundo o qual, os danos e as transferências de recursos que se aqui se processam por causa da violência atingem a 14,2% do PIB da região e equivalem a 168 milhões de dólares. Para se ter idéia do significado da cifra dos custos diretos da violência no País (3,3% do PIB) ela é três vezes maior do que o País investe em Ciência e Tecnologia.

No entanto, a violência também dá lucro. Primeiramente, parte das mortes e lesões que hoje ocorrem no mundo por essa causa se devem a ações criminosas como tráfico ilegal de armas, de drogas e de outras mercadorias, organizadas internacionalmente e lucrativas, para as quais, os aparatos violentos garantem e agregam valor. Atualmente, além de representantes de muitos segmentos da sociedade participarem, de alguma forma, da criminalidade globalizada, floresce aqui no Brasil uma poderosa forma de comercialização dos sentimentos de insegurança da população: construção de condomínios com inúmeros dispositivos técnicos que encarecem seus custos e os tornam segregados; blindagem de carros; serviços de segurança patrimonial e pessoal; produção de grades e de armas, dentre outros. Vários autores têm mostrado que o incremento da violência vem modificando a paisagem e a arquitetura das grandes cidades brasileiras (SOUZA, 1995, 1996, 1999). Essas mudanças privilegiam os mais ricos que se isolam em paraísos fictícios, como se fosse possível não se expor à realidade conflituosa das grandes metrópoles, marcadas pelo acirramento da questão social, sobretudo, do desemprego, da persistência das desigualdades e dos anseios frustrados da juventude que demanda oportunidades de vida e de consumo.

É bem verdade que as expressões da violência que ocorrem hoje no Brasil são muito mais complexas do que a questão social, como se verá a seguir. No entanto, é sobre as condições e as circunstâncias da escassez de oportunidades e perspectivas – sobretudo no caso da juventude bombardeada pelos apelos de consumo e pela falta de reconhecimento e de chances sociais – que se constrói o crescimento das taxas de criminalidade e das conseqüências da violência, particularmente, nas regiões metropolitanas. A seguir, se apresentam algumas informações quantificadas sobre a magnitude das violências notificadas no Brasil.

Os dados referentes à morbimortalidade por acidentes e violências em capitais, unidades federativas e aglomeradas para o País, apresentados neste livro, comendo textos, gráficos e tabelas, foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/Datasus/MS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/Datasus/MS) e construídos estatisticamente pela equipe do Claves¹. Utilizaram-se os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID): 9ª revisão: E800 a E999 e 10ª revisão: V01 a Y98. As informações referentes à população residente, base de cálculo das taxas, correspondem aos dados estimados pelo IBGE, disponibilizados na home page do Datasus/MS. Os números de óbitos e internações e as taxas de mortalidade e de morbidade foram calculados considerando-se os registros com informações ignoradas de sexo e faixa etária, mesmo quando a tabela ou gráfico apresenta dados discriminados por essas variáveis.

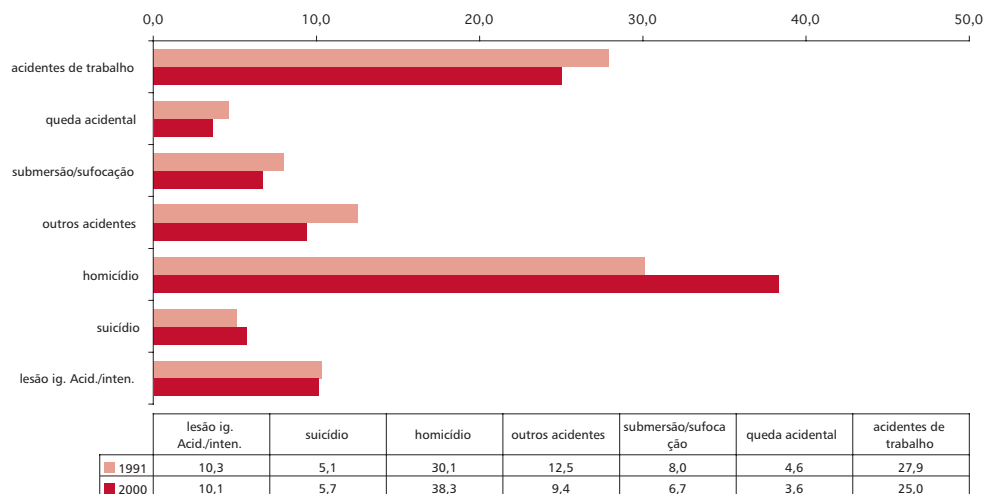
¹As informações sobre morbimortalidade por violências, apresentadas neste texto, foram construídas pelo estatístico João Paulo Costa da Veiga. Ele elaborou o Banco de Dados que deu suporte à discussão, realizando recortes necessários nos bancos do SIM e AIH, do Datasus e construindo cruzamentos utilizados na análise apresentada.

Nos últimos 20 anos, os homicídios no Brasil tiveram crescimento proporcional de mais de 200%: passaram de 13.601, no ano de 1980, para 45.343, em 2000. O mais elevado incremento do fenômeno se deu nos anos 80. Na década de 90, o número de mortos continuou alto e se elevando, embora com menos intensidade: de 1991 para 2000 a diferença foi de 47%. Em 2000, os homicídios corresponderam a 38,3% do total das mortes por causas externas no Brasil, confirmando-se tendência de acirramento (SOUZA et al., 2003). Cerca de 70% deles foram cometidos com armas de fogo cujo uso aumentou intensamente nesse período. Em 1991, 50,3% (15.460) deles ocorreram por armas de fogo; no ano 2000, esse percentual subiu para 68%, correspondendo ao óbito 30.855 pessoas. A maior parte das vítimas de mortes e dos traumatizados são homens, com taxas de 44/100.000, comparadas com as de 3,9/100.000 para mulheres, numa razão de 12/1. Cerca de 70% de todos os homicídios ocorreram, nesses últimos 20 anos, nas faixas etárias de 10 a 39 anos, mais de 83% deles em jovens do sexo masculino, em sua maioria, pobres e vivendo nas periferias das grandes cidades (SOUZA et al., 2003).

Embora as causas complexas da violência precisem ser analisadas em seus componentes sociohistóricos, econômicos, culturais e subjetivos, é preciso lembrar que suas consequências afetam a saúde individual e coletiva e os serviços do setor. As unidades de serviços, antes muito mais orientadas para as enfermidades de origem biomédica, são hoje chamadas para dar respostas às vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais, devendo equipar-se para isso.

Gráfico 1:

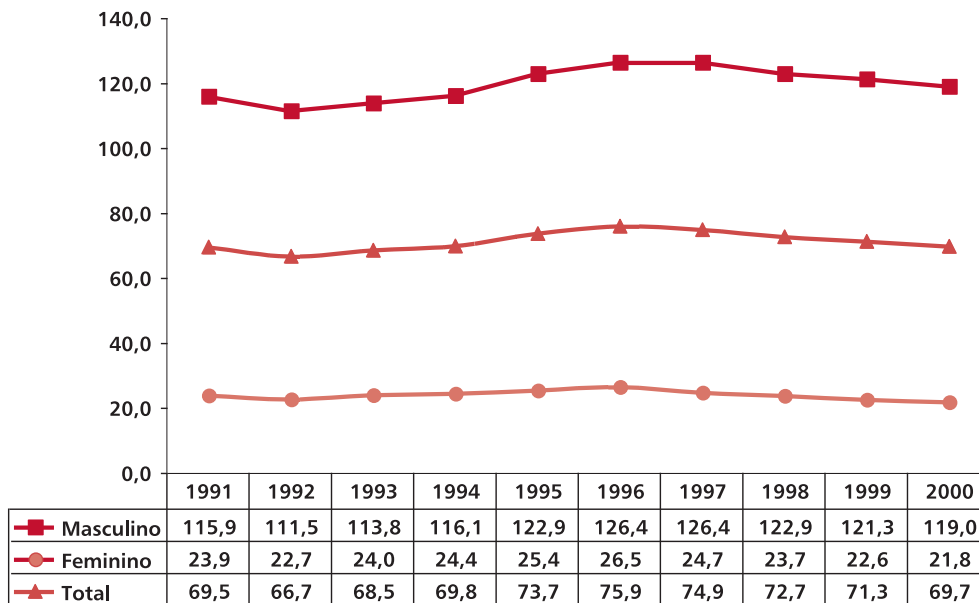
Mortalidade proporcional por causas externas segundo subgrupos específicos. Brasil, 1991 e 2000



Fonte: SIM/Datasus

Gráfico 2:

Taxa de mortalidade por causas externas segundo sexo. Brasil, 1991 e 2000



Fonte: SIM/Datasus

No caso brasileiro, algumas informações sobre o impacto da violência sobre a vida e a morte dos brasileiros ressaltam a dimensão desse tema no quadro complexo dos problemas sociais. As mortes por violências, juntamente com as provocadas por acidentes que, na Classificação da OMS recebem o nome genérico de “causas externas”, ocupam o segundo lugar no perfil da mortalidade geral, sendo a primeira causa de óbitos nas faixas etárias de 5 a 49 anos. Cerca de 1.118.651 pessoas morreram por essas causas de 1991 a 2000. Dessas, 369.068 pessoas foram a óbito 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 tiveram forte incremento na década de 80 e permaneceram elevadas mas estáveis nos anos 90: 69,5/100.000, em 1991, e 69,7/100.000 habitantes, em 2000). No entanto, no interior das subcausas há mudanças importantes. Sobre o peso dos homicídios: 20,9/100.000 habitantes, em 1991, e 26,7/100.000 habitantes, em 2000; aumenta a taxa de suicídios: 3,5/100.000 e 4,00/100.000 respectivamente; diminuem 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 6.o. 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 do R\$ 403,38 (quatrocentos e três reais e trinta e oito centavos), que correspondem ao custo médio das internações em geral.

Violências e acidentes, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas configuram, na atualidade, um novo perfil no quadro dos problemas de saúde do País, em que se ressalta o peso do **estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior-longevidade**.

1. Conceituando violência

Fenômeno de causalidade complexa

A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra vis que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas. Como adverte Chesnais, introduzindo sua obra clássica sobre 200 anos de história da violência na Europa:

O leitor deste livro terá a impressão de entrar num universo fragmentado, disparatado e sem grande unidade. Mas, a própria violência é que se apresenta como um fenômeno pulverizado, atingindo a vida privada e a vida pública em todos os seus aspectos, os mais visíveis e os mais secretos (CHESNAIS, 1981, p. 11).

Encerrar a noção de violência numa definição fixa e simples é expor-se a reduzi-la, a compreender mal sua evolução e sua especificidade histórica. Como lembra o filósofo Domenach, introduzindo os registros de um seminário da Unesco sobre o mesmo tema, em 1981:

Suas formas mais atrozes e mais condenáveis geralmente ocultam outras situações menos escandalosas, por se encontrarem prolongadas no tempo e protegidas por ideologias ou instituições de aparência respeitável. A violência de indivíduos e grupos tem que ser correlacionada com a do Estado. A dos conflitos, com a da ordem (Domenach, 1981, p. 40).

A maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato dela ser um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam ou são provocados por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia. Por isso, para entender sua dinâmica na realidade brasileira é importante compreender a visão que a sociedade projeta sobre o tema, recorrendo-se à filosofia popular e ao ponto de vista erudito. Os eventos violentos sempre passam pelo julgamento moral da sociedade.

Senso comum: violência como crime, corrupção e pecado. A violência dominante na consciência contemporânea é a **criminal e delinqüencial**. Esse tipo de fenômeno nunca teve a tolerância social, uma vez que ele fere, antes de tudo, a moral fundamental de todas as culturas. Colocando o termo no plural, Chesnais (1981) distingue no imaginário social atual, três definições de *violências* que contemplam tanto o âmbito individual quanto o coletivo: no centro de tudo, a *violência física*, que atinge diretamente

a integridade corporal e que pode ser traduzida nos homicídios, agressões, violações, roubos a mão armada; a *violência econômica* que consiste no desrespeito e apropriação, contra a vontade dos donos ou de forma agressiva, de algo de sua propriedade e de seus bens. Em terceiro lugar, a *violência moral e simbólica*, aquela que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos do outro.

Interpretando uma pesquisa de opinião realizada com a população carioca em 1994, pela Rede Globo de Televisão, Luiz Eduardo Soares e Leandro Piquet Carneiro encontraram nos critérios populares quatro nomes para a violência: crime, pecado, corrupção e miséria (1996). Pecado é o nome da violência interpretada pelo código religioso, expressando a natureza ambivalente ou passível de perversão da própria condição humana. Corrupção é o nome da violência que contém a moralidade deteriorada e a traição dos valores. Miséria é o nome da violência, lida pela ótica política, que a enxerga embutida nas causas e conseqüências da ordem social vigente marcada pela desigualdade e exclusão. Crime é o nome da violência reduzida à delinquência.

Em ambos os estudos, as relevâncias são dadas para o sentido moral, econômico e criminoso dos atos violentos e seu atentado à vida e à integridade social e pessoal. Existe algo mais constante na história humana que os fenômenos classificados acima? Isso leva a concluir que, na estrutura do pensamento popular, existe a certeza de que a violência é parte e resultante das relações, da comunicação e da vida social.

Visão erudita: violência interiorizada na consciência, negação de direitos, instrumento de poder e portadora de especificidade histórica. Filósofos e cientistas também têm contribuído para pensar o assunto. Domenach (1981), um dos grandes pensadores sobre o tema, sublinha a idéia de que a violência está inscrita e arraigada não só nas relações sociais, mas principalmente, é construída no interior das consciências e das subjetividades. Portanto, esse fenômeno não pode ser tratado apenas como uma força exterior aos indivíduos e aos grupos. Sua visão se projeta na direção contrária ao senso comum que costuma colocá-la como um fenômeno sempre produzido pelo “outro”:

É demasiado fácil e ineficaz condenar a violência como um fenômeno exterior, e inclusive, como algo estranho ao ser humano, quando, na verdade ela o acompanha, incessantemente, até na articulação de seu discurso e na afirmação mesma da evidência racional (DOMENACH, 1981, p. 37).

Falando das dificuldades de definições e de julgamento de valor o autor continua: “estou convencido de que é inútil buscar uma resposta categórica na filosofia ou na moral, ao problema que a violência levanta. Por seu aspecto ontológico, ela não pode ser dissociada da condição humana” (DOMENACH, 1981, p. 38). Domenach reforça a idéia de que, sobretudo, ela não pode ser analisada nem tratada fora da sociedade que a produz em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica.

Domenach (1981) e Chesnais (1981) defendem que a percepção negativa e condenatória das várias formas de violência é um passo muito positivo alcançado pela humanidade. Tal compreensão acompanha o progresso do espírito democrático. É a partir do momento em que cada pessoa se considera e é considerada cidadã que a sociedade reconhece seu direito à liberdade e à felicidade e que a violência passa a ser um fenômeno relacionado ao emprego ilegítimo da força física, moral ou política contra a vontade do outro.

A associação da percepção da violência como um fenômeno negativo à maior consciência de liberdade e aos direitos humanos, no caso brasileiro, contra qualquer evidência empírica, é um fato positivo. Isso pode significar, a par da consciência da intensificação das manifestações do fenômeno (o que é real), o crescimento e a ampliação da democracia e dos processos de reconhecimento social (ADORNO, 1995; BURKE, 1995; CHESNAIS, 1981). Exatamente, o final dos anos 70 e o início da década de 80 coincidem com os processos de abertura democrática no país e de crescimento dos movimentos em prol dos direitos civis e sociais e da emancipação da mulher, da criança, dos negros e de outros grupos excluídos.

Arendt (1994), que possui uma das mais vigorosas reflexões sobre o tema, considera a violência um meio e um instrumento para a conquista do poder. Mas não a confunde com o poder. Pelo contrário, ressalta que só existe violência quando há incapacidade de argumentação e de convencimento de quem o detém. Arendt (1990), não vê positividade na violência, como outros filósofos ou teóricos parecem enxergar. E expressa isso de forma contundente na obra em que analisa o nazismo e o estalinismo, evidenciando as formas de crueldade que se expressaram nas experiências políticas totalitárias (1990). Por isso, na construção de sua argumentação, reage aos autores que promovem uma visão teleológica da violência. Por exemplo, manifesta-se contra a visão de Engels (1981) que a valoriza como um acelerador do desenvolvimento econômico. Questiona como ingênuo e simplificador, o pensamento de Fanon (1961), que a considera como a vingança dos deserdados. E não concorda nem com Sorel (1992) que a define como o mito necessário para a mudança da sociedade burguesa desigual para uma sociedade igualitária de base popular; e nem com Sartre (1980) que a analisa como inevitável no universo da escassez e da necessidade.

Freud (1980), igualmente, apresenta e representa várias interpretações da violência, em diferentes etapas de seu pensamento. Em seus primeiros escritos, esse pensador a associa à agressividade instintiva do ser humano, o que o inclinaria a fazer sofrer e a matar seu semelhante. Num segundo momento, define-a como instrumento para arbitrar conflitos de interesse, sendo, portanto, um princípio geral da ação humana frente a situações competitivas. Numa terceira etapa, avança para a idéia de construção de identidade de interesses. É dessa identidade, segundo o autor, que surgem os vínculos emocionais entre os membros da comunidade humana, levando-os a preferirem a civilização, o diálogo e a convivência pacífica, ao uso puro e simples da força física para se impor. Os conflitos de interesse nas sociedades modernas, a partir de então, passam a ser mediados pelo direito e pela lei; e a comunidade de interesses, pela identidade e pela busca do bem coletivo.

O tipo de violência que, neste momento histórico específico, que invade o imaginário e a opinião pública brasileira, conforme teoriza Michel Wieviorka (1997), tem características pós-modernas. Suas manifestações são múltiplas, mas se tornam particularmente relevantes nas formas criminais e delinqüências. Por isso, mesmo seus tipos mais tradicionais e seculares, como as agressões e abusos intrafamiliares e comunitários conservam suas características, mas são subsumidas pelas expressões mais hegemônicas.

Ou seja, a violência de cunho coletivo, tal como se expressa hoje nas grandes cidades brasileiras constitui-se, primordialmente, como condição de manutenção de negócios ilegais, freqüentemente de origem globalizada e que se beneficiam das facilidades ge-

radadas pelas revolucionárias transformações nos modos de produção de riqueza e dos aparatos técnico-informacionais e comunicacionais. Tem base econômica. Sua forma de gestão é, ao mesmo tempo, internacionalizada, capilarizada e em rede, funcional à promoção de uma veloz circulação financeira, de produtos e de pessoas, à sombra da desregulamentação dos estados nacionais e nos interstícios da ausência de regulação internacional (CASTELLS, 1999).

Verdadeiras guerrilhas urbanas dos anos 90, as das gangues de narcotraficantes, por exemplo, apóiam-se em poderosos sistemas de circulação e troca de produtos ilegais como drogas e armas e de lavagem do dinheiro. Portanto, é preciso ressaltar que no mundo da delinqüência pós-moderna, a forma mais hegemônica da violência coletiva no Brasil, segue a mesma lógica da globalização e se realiza em conluio com a legalidade. Wieviorka (1997) configura esse tipo de delinqüência utilizando os termos infra-política e meta-política, para explicar que ela se aproveita da crise de poder dos estados nacionais e deseja cada vez mais o seu enfraquecimento (*infra-política*), ou se transforma na própria política de alguns estados nacionais (*meta-política*). Exemplificando a forma de agir do crime globalizado Soares também fala do tráfico de drogas:

Em seu aspecto de atacado, o tráfico é uma articulação sub-reptícia de malhas internacionais, para as quais concorrem competências administrativas sofisticadas, conhecimento de equipamentos de última geração, acesso a línguas diversas e conhecimento de dinâmicas do sistema financeiro internacional (SOARES, 2002, p. 42).

Em resumo, a promiscuidade entre legalidade-ilegalidade, o caráter altamente lucrativo dos crimes e sua organização em rede configuram os fatores determinantes das formas pós-modernas de violência que, no Brasil, são responsáveis pelo aumento das mortes por homicídio e as taxas de criminalidade nos últimos 25 anos.

Um dos pontos mais perversos da delinqüência organizada é a forma de inclusão dos pobres nos seus lucrativos negócios. Eles se engajam nesses projetos e entram nos conflitos, no *front* dos combates como uma opção de mercado de trabalho, visando a *status*, ao acesso a bens econômicos e ao consumo. É óbvio que existe um ato subjetivo na entrada de qualquer uma pessoa no mundo do crime. Mas isso se dá numa conjuntura de crescente desemprego e exclusão social, cultural e moral de grupos populacionais inteiros, *pari passu* com a exacerbação do apelo ao consumo, fenômeno relacionado à reestruturação produtiva, à exacerbação da acumulação capitalista e à ausência de ênfase por parte dos governos, na questão social. Não é desprezível também o embricamento dessas situações macroeconômicas e sociais com o surgimento de novas subjetividades marcadas pela secularização, pela perda de valor das hierarquias tradicionais e da autoridade familiar e comunitária.

Por se incluírem como a ponta do iceberg dos negócios ilegais, (sobretudo, de drogas e armas) principalmente os jovens pobres que se apontam a esse tipo de atividade, têm que se fazer presentes e visíveis, conquistar territórios e defender espaços, ações que realizam com disciplina militar, rígida hierarquia e sob o controle de poderosas armas de fogo. Do ponto de vista das relações de poder, essa população incluída pelo crime e excluída do mercado de trabalho legal, reproduz o que existe de mais autoritário e cruel nas estruturas de poder da sociedade brasileira.

Zaluar (2002) lembra que, no mercado de varejo do narcotráfico, a arma dá status aos jovens, ao mesmo tempo em que mudanças na organização vicinal afrouxaram o controle social informal, tradicionalmente exercido pelos mais velhos sobre os mais novos. E Soares (2002) argumenta que são duas moedas usadas nessa sedução dos jovens para o crime: a material e a simbólica. A primeira é trivial, diz o autor. A segunda é fundamental e freqüentemente subestimada pelos agentes responsáveis pela formulação de políticas de segurança:

Quando o tráfico oferece ao menino uma arma, dá a ele não apenas um instrumento de operação econômica, mas um instrumento de constituição subjetiva de afirmação de si mesmo, de recuperação de sua visibilidade, de imposição de sua presença social (SOARES, 2002, p. 43).

A violência que o jovem pobre e das periferias urbanas reproduz a partir de sua entrada no crime organizado, tem relação com a violência do não-reconhecimento que o acompanha desde o nascimento. Continua Soares,

Esse menino pobre das metrópoles brasileiras, que não encontrou acolhimento na estrutura familiar, também não foi acolhido pela escola ou pela comunidade, a sociedade passa por ele como se ele fosse transparente, como se ele não tivesse nenhuma densidade ontológica, antropológica ou sequer, humana. Quando porta uma arma adquire presença, torna-se capaz de paralisar o interlocutor pelo medo, de fazer que o transeunte pare na frente dele, reconhecendo-o afinal, como um sujeito (SOARES, 2002, p. 43).

Cruz Neto e Moreira (2001), Assis (1999), Assis e Constantino (2001), Minayo (1994; 2001; 2002) e Minayo e Souza (1997; 1999; 2003) aprofundam a intrincada relação entre individualidade, subjetividade e circunstâncias sociais herdadas e fortemente influentes, lembrando que sempre existe o espaço de opção dos sujeitos, mas que, por outro lado, os possíveis sociais (Sartre, 1980) são muito limitados para os jovens dos quais se fala nesta reflexão.

Assim, pode-se concluir que as formas de delinquência organizada no Brasil, classificadas pela OMS na categoria de violência coletiva (e que a população reconhece como a própria violência), presentes nos últimos 25 anos no Brasil, são subprodutos da esfera política: denunciam o fim de uma época desenvolvimentista e a decomposição dos sistemas sociais e dos aparatos formais que consolidaram o estado nacional. Enunciam, também, a exacerbação de novas formas de sociabilidade, construídas com ingredientes que fazem parte de uma emergente ideologia dominante: a que mescla o consumismo com o hedonismo, o individualismo com o egocêntrico e o imediatismo. Tais valores (contra-valores?) dificilmente poderão ser contidos pelas instituições de segurança pública, como se acreditava nas origens do Estado Moderno, quando a elas foi conferido o monopólio da violência em nome da sociedade, para superar a tradição então vigente de fazer 'justiça pelas próprias mãos' (BURKE, 1995; CHESNAIS, 1981).

Nem a filosofia popular nem os filósofos eruditos têm uma última palavra sobre o significado da violência. Muita gente defende um pensamento pragmático sobre o tema: a violência é boa ou má, positiva ou negativa, segundo as forças históricas que a sustentam. Exemplos estão aí, em pleno início do século XXI, quando vários chefes de estado continuam a justificar conflitos políticos e guerras no mundo em nome da civilização e da paz e quando pais e mães continuam abusando física e emocionalmente dos filhos por tradicionais e seculares razões ditas pedagógicas.

2. Visão do setor saúde

A visão do setor saúde sobre o tema da violência tem duas vertentes: uma explicativa, partindo de uma reflexão filosófica e teórica; outra operacional que se fundamenta na constatação nos transtornos biológicos, emocionais e físicos que sua dinâmica provoca no bem estar e na qualidade de vida das pessoas.

Entre as instituições nacionais e internacionais há, cada vez mais, um consenso em torno do que Agudelo vem repetindo em vários de seus estudos: “a violência representa um risco para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima” (1990, 1997). Ou seja, em geral o setor saúde e seus profissionais consideram as manifestações da violência como negativas para a sociedade e para os indivíduos.

Para a Organização Mundial de Saúde, em seu recente Relatório sobre o assunto, a **violência** constitui o “o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p. 5).

Quando a OMS divulgou essa definição em 2002, o Ministério da Saúde do Brasil já havia publicado, oficialmente (Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001) um documento denominado “*Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*” introduzindo um conceito mais ou menos semelhante ao da OMS: “*consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros*” (BRASIL, 2001, p. 7).

Nos dois textos está implícito o caráter operacional das definições e reconhecido o sentido de intencionalidade da violência. No entanto, em ambos faltou mencionar, explicitamente, a negação e a omissão de cuidados, de socorro e de solidariedade, como formas de violência. Esses dois pontos merecem comentários. A questão da **intencionalidade** situa a violência em seu sentido eminentemente humano, pois só os humanos, antropológica e convencionalmente, possuem intencionalidade em seus atos ou omissões. Ressaltando o seu lugar nas relações sociais, desde o nível subjetivo, a microesfera da família até o âmbito macrosocial e global, a idéia de intencionalidade mostra que a violência é um fenômeno histórico, portanto, realizado pelas pessoas dentro de sua cultura, podendo ser reconhecido como tal, analisado e superado.

Mencionar **negligência** e **omissão** explicitamente como formas de violência é um passo fundamental para se desnaturalizar processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados, dentre outras situações, responsáveis pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver.

O Relatório da OMS (2002) não trata dos **acidentes** que, na Classificação Internacional das Doenças está dentro da mesma categoria **violência** na rubrica “causas externas”. Aí se incluem os agravos e mortes auto-infligidos ou hetero-infligidos. No presente documento, também os chamados acidentes serão considerados. O Ministério da Saúde define que “acidente é o evento não-intencional e evitável, causador de mortes ou lesões físicas e emocionais, no ambiente doméstico ou nos outros ambientes sociais como o do trabalho,

o do trânsito, o da escola, o do esporte e do lazer” (BRASIL, 2001, p. 8). Esse guia institucional encontra uma associação entre acidente e violência dizendo que aquele se apresenta, também, sob formas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e às repercussões. Tendo em vista dificuldades para se estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade tanto dos eventos violentos quanto dos acidentes, a sua classificação comporta sempre um grau de imprecisão. Por exemplo, há inúmeros casos em que pessoas usam o carro para matar alguém ou para se suicidar: como esse ato deveria ser categorizado? Alguém que acidenta pessoas no trânsito por dirigir embriagada, não tem intencionalidade na causa originária de sua ação? Um operário que cai de um andaime inseguro: a negligência da empresa ou dele próprio, poderá ser considerada sem-intencionalidade?

Nos estudos científicos da área da saúde há pelo menos três correntes que buscam explicar a violência. (1) De um lado, estão os que sustentam a idéia de que ela é resultante de necessidades biológicas. (2) De outro lado, há também autores que explicam-na a partir, exclusivamente, do arbítrio dos sujeitos, como se os resultados socialmente visíveis dependessem da soma dos comportamentos individuais, ou se a violência fosse resultante de doença mental ou estivesse vinculada a determinadas concepções morais e religiosas. (3) Em terceiro lugar, existem alguns que tratam o âmbito social como o ambiente dominante na produção e na vitimização da violência, onde tomam corpo e se transformam os fatores biológicos e emocionais.

No caso das explicações biológicas, vários são os autores que analisam as propensões dos indivíduos para a agressão ou para o crime. Seus estudos têm origem nas descobertas de Konrad Lorenz (1979). Consideram que o comportamento violento é uma resultante dos condicionamentos biogenéticos, sendo, portanto, um fenômeno inerente à natureza humana. Em diferentes textos sociológicos e da área da saúde, no entanto, se elaboram críticas à ênfase excessiva na concepção biologicista (MINAYO *et al*, 1990; MINAYO & SOUZA, 1997, 1999). Esse tema foi particularmente tratado pela Unesco num seminário em Paris no ano de 1980, e suas importantes reflexões estão registradas no livro *La Violência y sus causas* (1981). Nessa obra, dois autores, Laborit (1981) e Klineberg (1981) discutiram sobre o tema.

Laborit desenvolveu a idéia de que nos sistemas hipercomplexos não se encontram causas de uma ação, pois a causalidade já não pode ser concebida de modo linear (causa-efeito) de acordo com a interpretação do determinismo do final do século XIX. Hoje deve ser considerada a íntima relação entre o que é inato e o que é aprendido socialmente. O autor trabalha sobre dois temas centrais; as bases neurofisiológicas e bioquímicas dos comportamentos fundamentais e a significação funcional dos centros nervosos superiores. Trata de forma particular a questão da agressividade predatória, inata, motivada pela fome e da agressividade de competição. Essa se apóia na aprendizagem da gratificação, na busca de dominação e no estabelecimento de hierarquias, como um comportamento adquirido, vinculado ao acesso a objetos gratificantes. E, igualmente, analisa a agressividade defensiva, comportamento inato, provocado por um estímulo doloroso, que chega a ser comportamento adquirido quando é recompensado ou gera punição. No final de sua exposição conclui Laborit:

Com exceção da agressividade predatória que, caberia perguntar se deveria continuar incluída no marco dos comportamentos agressivos próprios do ser humano, os demais tipos

de comportamento agressivo são, ou o resultado de aprendizagem, e, portanto, suscetíveis de serem transformados pela sociocultura, ou então, constituem uma resposta elementar a um estímulo doloroso (LABORIT, 1981, p. 66).

A partir da psicologia social, Klineberg (1981) discute a hipótese da teoria da frustração-agressão como explicação da violência. Resumindo seu pensamento, diz o autor que vários especialistas concordam que a frustração aumenta a probabilidade do comportamento violento, mas essa não é uma conclusão simples, pois são muitos os fatores que contribuem também para isso. Os estudos sobre participação em conflitos ou sobre comportamentos violentos mostram que os que assim agem têm que possuir um certo grau de controle sobre o próprio destino. E, ao contrário, a sensação de impotência costuma gerar apatia e submissão. Em seguida o autor evidencia outras categorias (que em geral combinam a presença de fatores sociais e biológicos) que contribuem para diferenças, na probabilidade de ações de violência individual e coletiva: *idade* e *sexo*: universalmente os homens cometem mais violência que as mulheres e os jovens mais que outros grupos etários. O autor não deixa de chamar atenção para o fato de que fatores culturais desempenham papel importante na configuração do problema: o *machismo* e a relação *inter-machos*, por exemplo. Aponta, também, a questão *étnica*, *racial* e de *classe*, para dizer que nada comprova que os negros são geneticamente mais violentos que os brancos e que os pobres, mais que os ricos. O fator de dominação política, econômica e social é muito mais explicativo que o caráter biológico das diferenças, segundo o autor. A questão da aglomeração demográfica é também lembrada e comparada às situações, em laboratório, do ajuntamento excessivo de animais, gerando a destruição entre eles. Mas Klineberg fala do risco das extrapolações que têm sido feitas em relação à explosão populacional, pois historicamente, não há provas de que elas geram violência.

Klineberg (1981), finalmente, comenta uma grande pesquisa realizada por Wolfgang e Ferracuti (1967), ressaltando que a investigação havia sido feita 15 anos atrás. Os estudiosos aplicaram teste de personalidade em sujeitos que cometeram homicídios. Segundo os próprios autores, os resultados não são conclusivos. Entre as características de personalidade que aparecem com regularidade figuram o egocentrismo, a falta de controle emocional, a propensão a ser explosivo, a imaturidade e a incapacidade de estabelecer contatos sociais duradouros, pouca sensibilidade para com os outros e a forte necessidade de gratificação imediata de seus impulsos. Dir-se-ia que essa listagem apresenta uma combinação de características de personalidade, de formação e de educação.

Para complicar mais as dificuldades encontradas para delimitar o lugar de cada fator numa carreira no mercado da violência, cita-se o extenso e complexo trabalho empírico realizado por Assis (1999), analisando os mais profundos aspectos biopsicosociais e as mais sutis diferenças entre jovens infratores e seus irmãos não infratores de duas cidades brasileiras: Rio de Janeiro e Recife. A autora passa por toda a discussão teórica clássica que ora privilegia o social e ora os componentes individuais na origem da personalidade delinqüente. E conclui que,

Os principais fatores de risco associados à situação de infrator são: consumo de drogas, círculo de amigos, tipos de lazer violento, baixa auto-estima, falta de reconhecimento de limites entre certo e errado, fraco vínculo afetivo com a família e com a escola, e sofrer ou ter sofrido violência por parte dos pais (ASSIS, 1999, p. 201).

Mas acrescenta que há uma rede social de antecedentes que propiciam uma cultura de violência, como a existência ou não de pessoas com comportamento delinqüente na família, violência entre os pais e irmãos e violência na comunidade.

Do ponto de vista das diferenças individuais o estudo revela entre os infratores: comportamento imediatista e nervoso, valente e aventureiro; rebeldia em relação aos problemas da vida; dificuldade de controlar a agressividade; dificuldade de empatia com o outro; baixa auto-estima. Assis tece comentários sobre o que considera “uma linha tênue” relativa às dificuldades das condições e estilo de vida, separando os irmãos infratores e os não-infratores. Por outro lado, do ponto de vista biológico a investigação evidencia o quanto é problemático demonstrar diferenças herdadas, uma vez que se trata de pesquisa sobre irmãos.

Um biólogo brasileiro, Flores (2002) recentemente retomou o assunto da determinação biológica do comportamento violento, à luz dos avanços da genética. O autor questiona o repúdio dos pesquisadores da área de Saúde coletiva em reconhecer as teorias biológicas como explicação para a violência. Flores parte do princípio de que a contribuição da biologia, da genética do comportamento e da psicologia evolutiva não tem sido bem compreendida pelos cientistas sociais que analisam o fenômeno. Diz ele:

Genes não são a matéria bruta da evolução; comportamentos, por serem fenótipos, o são. Comportamentos selecionam genes e não o contrário. É um equívoco assumir que a teoria evolutiva enfatiza o controle biológico do comportamento. Ao contrário, ela explica como os fatores ambientais e culturais moldam, não só a evolução do cérebro, mas também o seu desenvolvimento em cada indivíduo (FLORES, 2002, p. 198).

O autor relaciona a genética à criminalidade violenta pela mediação do conceito de transtorno de personalidade anti-social. Esse tipo de transtorno, para Flores seria um problema crônico, que tem início na segunda década da vida, caracterizado, em sua versão mais profunda, por ausência de culpa, vergonha, remorso, pobreza de relações afetivas, incapacidade de aprender com a experiência e insensibilidade social. Fundamenta seu pensamento num trabalho de campo com 560 jovens gaúchos com mais de 14 anos, vivendo em regime de privação da liberdade, para os quais, em 40% dos casos houve diagnóstico de problema mental. Esse índice atingiu 90% dos que tinham 19 e 20 anos.

O trabalho desse autor reabre, no Brasil, a discussão sobre a presença dos fatores biológicos na construção da violência em outro patamar: a biologia sendo reconfigurada e culturalizada pelo comportamento e pelo ambiente social. Diz Flores que Reine & Liu (1998) identificaram uma combinação explosiva para a emergência de comportamentos violentos quando se reúnem (a) fragilidades biológicas, estimadas pela presença de problemas neurológicos, atraso no desenvolvimento psicomotor e complicações de parto, e (b) ambiente familiar inadequado e (c) história familiar positiva para a criminalidade (2002).

As teorias biologicistas, no entanto, não podem ser excessivamente ressaltadas, pois levam ao reducionismo político. Todo o conhecimento já desenvolvido pela sociologia e pela psicologia criminal demonstra serem as pessoas das classes subalternas muito mais facilmente “apreendidas em delitos”, do que as das classes dominantes. E o próprio Laborit (1981, p. 62) biólogo citado anteriormente, afirma que:

Essa agressividade fundamental, que permite aos dominantes conquistarem e conservarem sua posição de domínio está tão perfeitamente ritualizada e institucionalizada que deixou de ser manifesta. Ela adotou o aspecto do direito, da justiça e da ausência de agressividade, a ponto de se permitir, freqüentemente, profissão de fé humanista, de piedade, de mansidão, ao mesmo tempo em que estigmatiza as explosões brutais de violência dos dominados.

Considera-se, pois, um vício do pensamento e um viés de classe, acreditar que os pobres são biologicamente mais propensos ao crime por serem mais “apanhados” em infrações, do que os ricos. O fato de mais de 90% dos apenados brasileiros serem pessoas das camadas populares e de baixa escolaridade não pode ser um argumento para afirmar que todos estão lá por doença mental. O psicólogo social Venthecourt (1990) analisando uma rebelião social na Venezuela, provocada por aumento do custo de vida e dos preços dos transportes públicos, comenta que a maioria dos delinqüentes de seu país assim o é, não por problemas psicopatológicos, mas por razões sociais: pela falta mais cabal de oportunidade de se constituir como cidadã. O autor faz uma distinção entre o baixo percentual de pessoas com psicopatologias que levam ao crime e a maioria de infratores criados pelas condições adversas da vida.

Lembrando que não é apenas a criminalidade e a delinqüência que configuram a violência, ressalta-se que seria difícil explicar uma série de suas manifestações, como as que ocorrem vitimando crianças, mulheres e idosos, com argumentos biológicos. Sabe-se que o pátrio poder, no primeiro caso; a visão patriarcal que alimenta o machismo, no segundo; e desinvestimento e rechaço dos mais velhos por razões políticas e micropolíticas, são muito mais fortes que as diferenciações biológicas de idade, de sexo e de decrepitude.

Em resumo, todos os exemplos acima chamam atenção para o Embricamento entre os aspectos biológicos e sociais na construção de tipos de personalidade e subjetividades, inclusive as que se consideram violentas. Porém, o lócus de expressão dessas subjetividades é o contexto histórico-social, em que as particularidades biológicas encontram as idiosincrasias de cada um e se redefinem nas condições emocionais e socioculturais.

A reflexão desenvolvida acima não torna a tarefa dos profissionais de saúde mais fácil. Ao contrário, mostra a necessidade de trabalharem não só com modelos epidemiológicos, mas de incluírem a compreensão cada vez mais específica dos fatores e dos contextos na abordagem dos comportamentos, das ações e dos processos violentos. Igualmente, torna-se fundamental aprofundar a importância e o papel da subjetividade e das determinações sociais nas escolhas de possibilidades, por menores que sejam as opções dos indivíduos. As explicações biológicas, em seu sentido mais restrito, como sendo as determinantes dos comportamentos violentos, só podem ser aceitas nos casos patológicos, nos quais os indivíduos devem ser avaliados com instrumentos compreensivos específicos.

Tipologia da violência

Neste documento a tipologia proposta para classificação da violência acompanha o Relatório Mundial da OMS (2002) que categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas:

- violência dirigida contra si-mesmo (auto-infligida);
- violência interpessoal;
- violência 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 um tipo de abuso, com frequência, ali existe, rotineiramente, uma inter-relação que expressa de 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, estupros, ataques sexuais e inclusive, a violência institucional que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Por **violências coletivas** se entendem os atos violentos que acontecem nos âmbitos macro-sociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria, do ponto de vista social, se incluem os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões. No campo político, estão as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. A classificação de violência coletiva contempla também ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação.

À classificação criada pelo Relatório da OMS (2002) acrescenta-se um tipo de violência que aqui se denomina estrutural. 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 quantificado, 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 anteriormente tem sua base na violência estrutural.

Natureza da violência

Geralmente a natureza dos atos violentos pode ser classificada em quatro modalidades de expressão que também são denominadas abusos ou maus-tratos²: *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 outrem (BRASIL, 2001);
- 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 social (BRASIL, 2001);

² Os termos violências, abusos, maus-tratos não necessariamente significam 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.

- A classificação abuso sexual diz respeito ao ato ou ao jogo sexual que ocorre nas relações hetero ou homossexual e visa a 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*”.

3. Abordagens da magnitude e dos sentidos da violência

O Relatório da OMS propõe um modelo ecológico de explicação das “raízes da violência” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

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 do indivíduo ser vítima ou perpetrador de violência.

No segundo nível, são nomeados os **fatores relacionais**, evidenciando-se 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 delinqüências 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 justificam a violência 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; normas que apóiam conflitos políticos.

O texto fala ainda das políticas de educação, saúde, econômicas e sociais que contribuem para manter desigualdades, ou seja, a forma mais perversa de violência estrutural, e lembra que, dentro de uma perspectiva de desenvolvimento humano, são diferentes os elementos que influenciam a vitimização ou a perpetração de violência nas várias faixas etárias.

Assumindo a proposta ecológica, o presente documento dá ênfase ao sentido dinâmico da produção da violência, cuja interpretação se adequa 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 reflexiva e metodológica proposta é a do imbricamento dos âmbitos biológico, subjetivo e social.

Portanto, para se conseguir dimensionar e compreender o impacto da violência sobre a saúde, fazem-se 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 anteriormente. 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.

Do ponto de vista quantitativo é importante produzir conhecimento sobre:

- a magnitude dos fenômenos em suas dimensões traduzidas em morbidade e mortalidade;
- as diferenciações internas e as circunstâncias das fatalidades, dos traumas e das lesões que constituem as conseqüências da violência;
- os fatores que aumentam o risco de vitimização;
- os fatores que contribuem para a perpetração dos crimes e agressões;
- a especificação demográfica e ambiental dos eventos;
- as configurações de cunho local das expressões de violências que permitam a atuação por prioridades.
- a triangulação de dados epidemiológicos com informações históricas, culturais e subjetivas de cunho qualitativo.

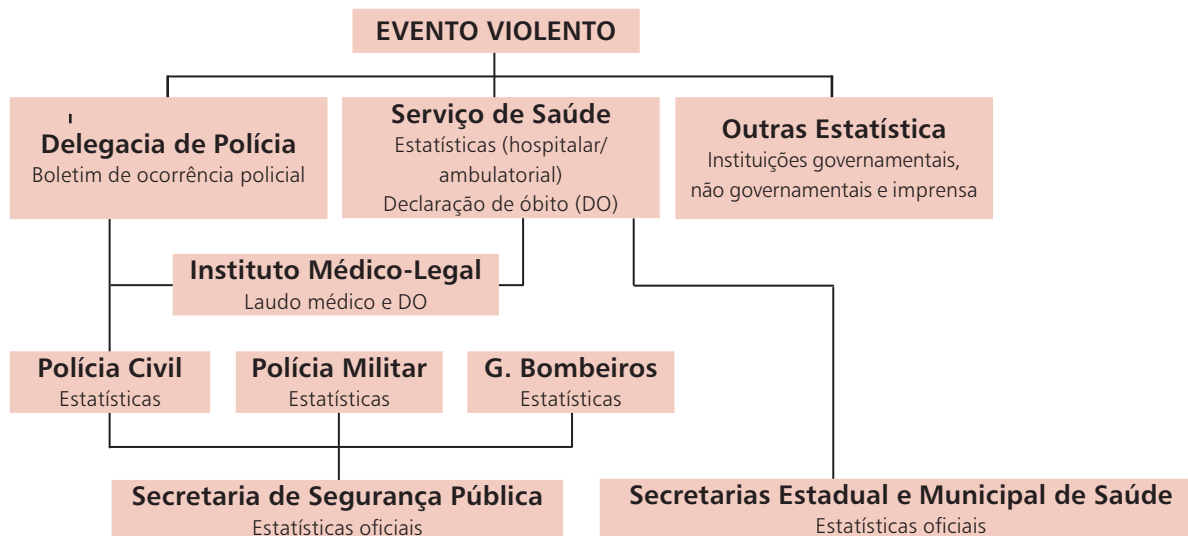
Do ponto de vista qualitativo é fundamental criar:

- 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;
- a compreensão da dinâmica dos contextos locais, culturais e das razões subjetivas com que as tipologias de violência se expressam.
- a articulação das informações compreensivas com dados quantitativos sobre os fenômenos, buscando responder a questões da prática;
- 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 propostas e ação.

Sobre a disponibilidade e qualidade das informações

Para tornar plausível as comparações entre países, a OMS, em seu Código Internacional das Doenças (CID), criou categorias para classificar os eventos violentos e os acidentes a serem notificados. Essa classificação se encontra nos códigos E-800 a E-999, na 9ª revisão da CID e nos V01 a Y98 na 10ª revisão.

As principais fontes oficiais de informação sobre violências e acidentes no Brasil são: o boletim de ocorrência policial (BO); o boletim do Departamento Nacional de Estrada de Rodagem (DNER); a comunicação de acidente de trabalho (CAT); o sistema de informações hospitalares (SIH/SUS); o sistema de informação de mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) e o sistema nacional de informações tóxico-farmacológicas (Sinitox). Cada vez que ocorre um evento violento no País, seu registro passa ou deveria passar, basicamente, pelas instituições e serviços mostrados no fluxograma abaixo:



Fonte: SOUZA, E.R. (2002)

Como se pode constatar, portanto que, quando chega a se constituir em estatística oficial (é preciso não se esquecer de que muitos fatos não alcançam o conhecimento público), a informação de um evento violento passa por várias mãos e percorre diversas instituições, estando condicionada a problemas de idiosincrasia e finalidades dessas entidades, a questões ideológicas das pessoas que notificam e aos que procedem à notificação e às dificuldades ou facilidades tecnológicas e operacionais dos vários sistemas e fontes.

Tendo em vista que toda informação científica veiculada sobre o assunto não está isenta de problemas ideológicos e de dificuldades operacionais, pode-se dizer que os dados existentes no Ministério da Saúde e que são também repassados à OMS para serem consolidados e comparados internacionalmente, não constituem uma verdade absoluta, são uma construção social.

Embora exista por parte do Ministério e da maior parte das Secretarias Estaduais e Municipais uma busca insistente de melhorar a qualidade dos dados, do ponto de vista acadêmico, sua validade e confiabilidade são temas de preocupação. Na medida em que os pesquisadores operam no campo teórico e empírico, devem estar sempre atentos a como são geradas, coletadas, tratadas, organizadas, armazenadas, interpretadas e disseminadas as informações. Não basta, pois, ter um banco de dados e produzir análises estatísticas tecnicamente perfeitas a partir dele, sem se perguntar sobre a qualidade do que está aí armazenado.

O primeiro problema de fidedignidade surge no ato de apreensão e de compreensão do fenômeno da violência. Aí se cruzam elementos ideológicos com sistemáticas operacionais. Ideologicamente, a própria sociedade dá ênfase a determinados tipos de violência e outros são deixados de lado ou são quase invisíveis, como já se referiu na introdução. Por exemplo, os roubos, as lesões corporais, os homicídios são muito mais evidenciados do que as violências que ocorrem na família, que as discriminações raciais e de gênero e que os crimes de trânsito (MINAYO, SOUZA, 1999; CHESNAIS,

1981). A violência psicológica é muito difícil de ser dimensionada. Igualmente, no Brasil e no mundo, razões de tabus e preconceitos levam a que os suicídios e tentativas de cometê-los sejam intensamente subnotificados (MINAYO, SOUZA, 2003; SOUZA et al., 2003; CASSORLA, SMEKE, 1994). E nas próprias unidades de saúde, os profissionais tendem a produzir informações apenas sobre as lesões e traumas que tratam sem se perguntar pelo fato ou razão básica que as causou.

Por outro lado, é preciso ressaltar que, embora imperfeitas, o conjunto de fontes de informação e os esforços importantes que têm sido realizados para sua compatibilização são o bastante para a produção de políticas de âmbito nacional, pois apresentam indicadores de magnitude, de fatores de risco, de grupos mais vulneráveis e de tendências, ainda que imperfeitos (MINAYO, SOUZA, 2003). Um grande passo operacional deveria ser dado, no sentido de investir nos estudos operacionais para a atuação nos espaços locais (as violências não são abstrações) e para conhecer em profundidade os contextos e a dinâmica da violência em sua especificidade, para que se possa estabelecer prioridades e agir intersetorialmente com apoio da sociedade civil.

4. Elementos para atuação da área de saúde

A busca de aprofundamento sobre o sentido do fenômeno da violência, malgrado o campo nebuloso de sua definição, intrínseco às múltiplas formas de sua manifestação, permite alguns consensos importantes:

- A violência não se resume às delinqüências. Suas formas culturalmente naturalizadas de agressões intrafamiliares, interpessoais, de discriminações raciais ou contra grupos específicos como homossexuais, de abusos e de dominação contra crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos constituem um ambiente sócio-cultural adverso e, frequentemente, portador de exclusão e de lesões físicas e emocionais. Todas essas formas são potencializadoras da violência social difusa e ampla e se alimentam dela.
- É fato demonstrado pela realidade histórica de que existem no Brasil regiões e cidades onde as taxas de violência são mais elevadas que em outras, sejam quais forem os tipos de manifestação do fenômeno. Portanto, a configuração espacial precisa ser incluída e articulada com especificidades históricas, sociais e culturais, visando a ações de promoção e de prevenção. A violência não é uma fatalidade nem uma abstração.
- É fruto de observação e de pesquisas que as diferentes formas de violência se articulam criando uma expressão cultural naturalizada nas relações e nos comportamentos, atitudes e práticas.
- É sem consistência teórica qualquer proposta de visão positivista que proponha acabar com a violência num toque de mágica ou de autoritarismo, devendo ela, portanto, ser sempre analisada como um fenômeno de expressão e parte constitutiva dos processos históricos complexos, nos quais é possível intervir.
- É o caráter eminentemente humano da violência, que organiza, de forma complexa, as condições sociais e as especificidades mentais e genéticas com que se manifesta. E por serem humanas, suas expressões incluem significado e intencionalidade.
- Tem consistência a idéia de causalidade complexa da violência, com ênfase no imbricamento dos fatores históricos, contextuais, estruturais, culturais, conjunturais, interpessoais, mentais e biológicos. Considera-se que sempre existirão elementos gerais e especificidades nas formas de apresentação e de reprodução desse fenômeno.

- É muito mais profícuo, para efeitos de análise, trabalhar com a proposta de que existem violências em lugar de violência. Elas apresentam manifestações particulares e geralmente se encontram articuladas, umas potencializando outras.
- É importante investir no conhecimento específico e empírico dos problemas, levando em conta tempo, espaço, grupos atingidos, gravidade e representação, para compreender e para agir: em sendo um fenômeno humano-histórico, a violência está aí para dramatizar causas, trazê-las à opinião pública e, incomodamente, propor e exigir mudanças. Porém, a compreensão de cada parte precisa ser articulada ao todo.
- No caso brasileiro, sobretudo nas regiões metropolitanas e nos grandes centros urbanos, a violência coletiva tende a vicejar persistente e vigorosamente na sua expressão instrumental, como recurso usado por muitas pessoas e grupos para conquistar mercados de bens e de poder. De um lado, ela manifesta o sentido de defasagem entre a oferta de condições e a escassez de espaços para um elevado percentual de indivíduos. E também vocaliza demandas subjetivas de pessoas e grupos não contemplados na direção das novas formas de desenvolvimento. Ela é, por isso também, uma forma de vocalização dos sujeitos não reconhecidos, rejeitados e marcados pela exclusão e pela discriminação social.
- A chamada violência tradicional, aquela que ressalta os conflitos comuns entre os cidadãos, as frustrações das paixões entre gêneros, os furtos provocados pela fome, necessidade ou vício, tudo isso que continua a existir, tem seu espaço, ao mesmo tempo, subsumido e potencializado pelos gritos de um novo momento histórico, não ainda de todo claro e compreendido para ser enfrentado pelas forças políticas (novas forças políticas) renovadoras.
- Neste documento, não se compartilha com o imaginário da inevitabilidade e da falta de controle que freqüentemente é evidenciado pela opinião pública em relação ao fenômeno da violência. O presente e o futuro são criações humanas, com o barro das circunstâncias ao seu alcance.

Neste texto a violência é entendida como um fenômeno social que afeta a saúde e frente ao qual o setor tem um papel específico e complementar. As diretrizes aqui colocadas se fundamentam no documento de **“Política Nacional de Redução da morbimortalidade por Acidentes e Violências”** (BRASIL, 2001, p. 25-38):

- Incentivo à promoção à adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, mobilizando-se a sociedade, em especial a mídia e os setores de educação e reforçando-se estratégias intersetoriais;
- Monitorização da ocorrência de acidentes e violências por meio do estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica que incluam: ampliação da abrangência dos sistemas de informação para que incorporem dados de atendimento dos pronto-socorros e dos ambulatórios; promoção da qualidade e padronização das informações;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, prevendo-se a ampliação e implantação desse tipo serviço (quando for o caso), da padronização das normas e da criação de um sistema nacional de informações relativas a esses serviços;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de violência buscando-se uma articulação do setor saúde com as áreas jurídicas e de segurança, desde os programas de atenção básica como o de Saúde da Família até os serviços ambulatoriais, emergenciais e hospitalares;

- Estruturação e consolidação do atendimento voltado para a recuperação e a reabilitação, hoje bastante escasso e salvo raras exceções, precário. A operacionalização dessa diretriz compreende a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, e ao aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes;
- Capacitação dos profissionais do setor para serem capazes, técnica e humanamente, de cuidarem das necessidades decorrentes da demanda que o problema das violências e dos acidentes está criando. Destacam-se como urgentes: treinamento para a melhoria da qualidade da informação; para o diagnóstico dos eventos; para as ações de prevenção e de vigilância epidemiológica;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas interdisciplinares, estratégicas, operacionais e avaliativas.

Referências Bibliográficas

ADORNO, S. A violência na sociedade brasileira: um painel inconcluso de uma democracia não consolidada. *Sociedade e Estado*, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 299-242, 1995.

AGUDELO, S. F. La violencia: un problema de salud publica que se agraba en la región. *Boletín Epidemiológico de la OPS*, [S.l.], v. 11, p. 01-07, 1990.

— — —. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARRETO, M. L. et al. (Org.). *Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 39-62.

ARENDT, H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

— — —. *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

ASSIS, S. G. Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida de jovens não infratores e de seus irmãos não infratores. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO P. *Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 96, Seção 1E, 18 maio, 2001.

BRICEÑO-LEÓN, R. (Org.). *Violencia, sociedad y justicia en América Latina*. Buenos Aires: Clacso, 2002.

BURKE, P. Violência social e civilização. *Braudel Papers*, [S.l.], v. 12, p. 1-8, 1995.

CASSORLA, R. M.; SMEKE, E. L. M. Auto-destruição humana. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 61-73, 1994.

CASTELLS, M. *Fim do milênio: a era da informação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

CHESNAIS, J. C. *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*. Paris: Robert Laffont Éditeur, 1981.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M.R. *Nem inocentes e nem heróis*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

DOMENACH, J. M. La violencia. In: UNESCO (Org.). *La violencia y sus causas*. Paris, 1981. p. 33-45.

ENGELS, F. Teoria da violência. In: PAULO NETTO, José (Org.). *Engels*. São Paulo: Ática, 1981. p. 146-188.

- FANON, F. *The wretched of the earth*. New York: Grove Press, 1961.
- FLORES, R.Z. A biologia na violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 197-202, 2002.
- FREUD, S. Por que a guerra? In:———. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 22. p. 241-259.
- KLINEBERG, O. Las causas de la violencia desde una perspectiva sócio-psicológica. In: UNESCO (Org.). *Las violencias y sus causas*. Paris, 1981. p. 123-138.
- LABORIT, H. Mecanismos biológicos y sociológicos de la agresividad. In: UNESCO (Org.). *La violencia y sus causas*. Paris, 1981. p. 47-68.
- LORENZ, K. *A agressão: uma história natural do mal*. Lisboa: Moraes, 1979.
- MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994. Suplemento 1.
- . Por que ter medo se o futuro é a morte?. In: CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R. *Nem inocentes e nem heróis*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p. 3-10. Prefácio.
- . Violência como construção social: refletindo o pensamento dos jovens. In: FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO; ACADEMIA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS (Org.). *Drama social*. Rio de Janeiro, 2002. p. 143-157.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 513-531, 1997.
- . É possível prevenir a violência? *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 7-24, 1999.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G. *Bibliografia comentada da brasileira produção científica sobre violência e saúde*. Rio de Janeiro: CLAVES, 1990.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Violência y salud: resolución no XIX*. Washington, 1994.
- REINE, A.; LIU, I. H. Biological predispositions to violence and their implications for treatment and prevention. *Psychology, crime and law*, v. 4, n. 104-125, 1998.
- SARTRE, J. P. Questão de método. In:———. *Sartre*. São Paulo: Abril Cultural, 1980. p. 70-92. (Coleção Pensadores).

SOARES, L. E. Perspectiva de implantação de uma Política Nacional de Segurança Pública e de Combate à Violência. In: BRASIL. Câmara dos Deputados. Coordenação de Publicações. *Violência urbana e segurança pública*. Brasília, 2002. p. 40-46.

SOARES, L. E.; CARNEIRO, L. P. Os quatro nomes da violência: um estudo sobre éticas populares e cultura política. In: SOARES, L. E. (Org.). *Violência e política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Iser, 1996. p. 13-58.

SOUZA, E. R. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da saúde pública. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 255-273.

SOUZA, E. R. et al. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 83-108.

SOUZA, M. J. L. O narcotráfico no Rio de Janeiro, sua territorialidade e a dialética entre ordem e desordem. *Cadernos de Geociências - IBGE*, [S.l.], v. 13, n. 161-171, 1995.

———. O tráfico no Rio de Janeiro e seus efeitos negativos sobre o desenvolvimento sócio-espacial. *Cadernos do IPPUR/UFRJ*, [S.l.], v. 8, n. 25-38, 1996.

———. *O tráfico de drogas no Rio de Janeiro e seus impactos sócio-espaciais*. Rio de Janeiro: [s. n.], 1999. Mimeografado.

SOREL, G. *Reflexões sobre a violência*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

VETHENCOURT, J. L. Psicologia de la violencia. *Gaceta de la Asociación de Profesores de la Universidad de Venezuela*, [S.l.], v.11, p. 5-10, 1990.

WIEVIORKA, M. O. O novo paradigma da violência. *Tempo Social*, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 5-42, 1997.

WOLFANG, M. E. & FERRACUTI, F. *The subculture of violence*. Londres: Tavistock, 1967.

ZALUAR, A. Diagnóstico da violência urbana no Brasil. In: BRASIL. Câmara dos deputados. Coordenação de publicações. *Violência urbana e segurança pública*. Brasília, 2002. p. 18-19.

Anexo 1

Tabela 1. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar segundo causas externas. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Nº | % | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
|----------------|--------|------|------|--------|--------|--------|
| Porto Velho | 1.423 | 0,9 | 4,3 | 369,07 | 7,2 | 2,3 |
| Rio Branco | 1.517 | 0,9 | 6,0 | 363,67 | 7,1 | 2,0 |
| Manaus | 6.452 | 3,9 | 4,6 | 557,32 | 6,1 | 2,6 |
| Boa Vista | 232 | 0,1 | 1,2 | 413,04 | 10,7 | 2,6 |
| Belém | 8.591 | 5,2 | 6,7 | 444,14 | 3,5 | 2,0 |
| Macapá | 1.093 | 0,7 | 3,9 | 344,73 | 6,6 | 1,8 |
| Palmas | 1.464 | 0,9 | 10,7 | 385,98 | 2,9 | 1,5 |
| São Luís | 7.963 | 4,9 | 9,2 | 265,35 | 2,8 | 1,1 |
| Teresina | 1.991 | 1,2 | 2,8 | 420,27 | 5,3 | 1,6 |
| Fortaleza | 9.458 | 5,8 | 4,4 | 546,84 | 5,4 | 2,8 |
| Natal | 1.437 | 0,9 | 2,0 | 431,71 | 5,0 | 3,8 |
| João Pessoa | 2.327 | 1,4 | 3,9 | 513,85 | 5,7 | 4,0 |
| Recife | 5.661 | 3,5 | 4,0 | 579,14 | 6,5 | 5,7 |
| Maceió | 3.259 | 2,0 | 4,1 | 535,12 | 4,3 | 5,3 |
| Aracaju | 2.334 | 1,4 | 5,1 | 503,63 | 4,1 | 2,6 |
| Salvador | 7.866 | 4,8 | 3,2 | 638,07 | 5,1 | 4,8 |
| Belo Horizonte | 11.905 | 7,3 | 5,3 | 673,19 | 5,5 | 3,8 |
| Vitória | 964 | 0,6 | 3,3 | 607,35 | 6,2 | 5,9 |
| Rio de Janeiro | 17.522 | 10,7 | 3,0 | 732,58 | 10,8 | 5,1 |
| São Paulo | 33.940 | 20,7 | 3,3 | 689,05 | 5,7 | 3,7 |
| Curitiba | 7.677 | 4,7 | 4,8 | 727,42 | 4,2 | 2,7 |
| Florianópolis | 903 | 0,6 | 2,6 | 708,84 | 6,9 | 2,9 |
| Porto Alegre | 7.526 | 4,6 | 5,5 | 544,04 | 6,0 | 3,0 |
| Campo Grande | 4.585 | 2,8 | 6,9 | 592,08 | 5,5 | 2,7 |
| Cuiabá | 2.031 | 1,2 | 4,2 | 526,83 | 6,5 | 4,2 |
| Goiânia | 5.538 | 3,4 | 5,1 | 582,04 | 4,6 | 2,6 |
| Brasília | 8.122 | 5,0 | 4,0 | 517,05 | 7,9 | 3,3 |

Nº = Número de internações.

% = Proporção entre Capitais.

Taxa = Taxa de internação por mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência.

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

Tabela 2. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar por causas externas segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Faixas Etárias | Masculino | | | | | | Feminino | | | | | | Total | | |
|----------------|----------------|------------|---------------|------------|------------|----------------|------------|---------------|------------|------------|----------------|------------|---------------|------------|------------|
| | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
| 0 - 9 | 65.961 | 3,9 | 366,65 | 3,9 | 0,8 | 37.831 | 2,3 | 362,68 | 3,8 | 0,8 | 103.792 | 3,2 | 365,20 | 3,9 | 0,8 |
| 10 - 14 | 40.458 | 4,6 | 375,05 | 3,6 | 0,6 | 13.748 | 1,6 | 377,87 | 3,9 | 0,9 | 54.206 | 3,1 | 375,76 | 3,7 | 0,7 |
| 15 - 19 | 49.406 | 5,5 | 493,62 | 4,5 | 2,2 | 14.221 | 1,6 | 427,02 | 4,4 | 1,8 | 63.627 | 3,5 | 478,74 | 4,5 | 2,1 |
| 20 - 24 | 59.438 | 7,4 | 543,53 | 4,9 | 2,7 | 14.632 | 1,8 | 437,53 | 4,4 | 1,8 | 74.070 | 4,6 | 522,59 | 4,8 | 2,6 |
| 25 - 29 | 51.475 | 7,6 | 529,62 | 5,1 | 2,7 | 13.028 | 1,9 | 443,90 | 4,5 | 1,7 | 64.508 | 4,7 | 512,31 | 5,0 | 2,5 |
| 30 - 39 | 83.668 | 6,8 | 528,89 | 5,2 | 3,1 | 24.796 | 1,9 | 444,76 | 4,6 | 1,8 | 108.464 | 4,3 | 509,65 | 5,1 | 2,8 |
| 40 - 49 | 57.533 | 6,2 | 540,13 | 5,8 | 3,5 | 21.977 | 2,2 | 470,54 | 5,0 | 1,9 | 79.511 | 4,1 | 520,89 | 5,6 | 3,1 |
| 50 - 59 | 34.422 | 5,7 | 557,22 | 6,0 | 4,0 | 18.564 | 2,9 | 518,16 | 5,2 | 2,2 | 52.987 | 4,2 | 543,53 | 5,7 | 3,4 |
| 60 + | 42.783 | 6,5 | 679,45 | 6,9 | 6,6 | 50.013 | 6,2 | 728,78 | 6,6 | 4,2 | 92.796 | 6,4 | 706,04 | 6,7 | 5,3 |
| Total | 485.144 | 5,8 | 508,90 | 5,1 | 2,8 | 208.810 | 2,4 | 500,98 | 5,0 | 2,2 | 693.961 | 4,1 | 506,52 | 5,0 | 2,6 |

Nº = Número de internações.

Taxa = Taxa de internação por mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

Tabela 3. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar segundo causas externas específicas. Brasil, 2000

| Causas Externas | Nº | % | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
|------------------------|----------------|--------------|-------------|---------------|------------|------------|
| Acidente de transporte | 114.395 | 18,2 | 0,67 | 654,60 | 6,1 | 4,3 |
| Queda Acidental | 270.841 | 43,1 | 1,60 | 467,59 | 4,3 | 1,6 |
| Queimadura | 10.996 | 1,8 | 0,06 | 705,30 | 7,9 | 4,1 |
| Submersão/Sufocação | 2.558 | 0,4 | 0,02 | 362,90 | 4,1 | 2,2 |
| Outros Acidentes | 152.858 | 24,3 | 0,90 | 475,02 | 4,9 | 2,4 |
| Lesão Autoprovocada | 9.312 | 1,5 | 0,05 | 321,62 | 3,9 | 3,2 |
| Agressão | 34.132 | 5,4 | 0,20 | 663,75 | 6,0 | 5,4 |
| Lesão Ign Acid/Intenc | 23.464 | 3,7 | 0,14 | 423,86 | 5,2 | 2,3 |
| Outras CE | 9.554 | 1,5 | 0,06 | 625,07 | 7,1 | 3,0 |
| Total | 628.110 | 100,0 | 3,70 | 516,45 | 5,0 | 2,6 |

Nº = Número de internações.

% = Proporção por Causa Específica.

Taxa = Taxa de internação por mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

4. Mortalidade por causas externas segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 0 - 9 | 6.017 | 5.966 | 6.157 | 6.073 | 6.150 | 6.388 | 5.990 | 5.547 | 5.492 | 5.423 |
| 10 - 14 | 3.185 | 3.155 | 3.404 | 3.674 | 3.677 | 3.818 | 3.483 | 3.122 | 2.978 | 3.016 |
| 15 - 19 | 10.408 | 9.776 | 10.457 | 11.473 | 12.172 | 12.447 | 12.887 | 13.011 | 13.092 | 13.485 |
| 20 - 24 | 14.572 | 13.800 | 14.341 | 15.326 | 16.237 | 16.790 | 17.289 | 17.366 | 17.562 | 18.604 |
| 25 - 29 | 13.492 | 12.781 | 13.079 | 13.635 | 14.487 | 14.701 | 14.898 | 14.977 | 14.505 | 14.599 |
| 30 - 39 | 20.070 | 19.247 | 20.583 | 21.161 | 22.823 | 24.327 | 24.142 | 23.181 | 23.217 | 23.204 |
| 40 - 49 | 12.245 | 12.078 | 12.672 | 13.011 | 14.473 | 15.483 | 15.427 | 15.091 | 15.178 | 15.514 |
| 50 - 59 | 7.713 | 7.573 | 7.945 | 7.936 | 8.678 | 8.914 | 9.148 | 8.857 | 8.649 | 8.915 |
| 60 + | 11.185 | 10.872 | 11.889 | 11.920 | 12.421 | 12.987 | 13.218 | 13.184 | 13.448 | 13.439 |
| Total | 98.887 | 95.248 | 100.527 | 104.209 | 111.118 | 115.855 | 116.482 | 114.336 | 114.121 | 116.199 |

Tabela 5. Taxas de mortalidade por causas externas segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0 - 9 | 17,7 | 18,0 | 17,6 | 17,1 | 17,1 | 20,0 | 18,4 | 16,8 | 16,4 | 16,5 |
| 10 - 14 | 18,7 | 18,5 | 19,4 | 20,7 | 20,4 | 21,8 | 19,6 | 17,3 | 16,3 | 17,4 |
| 15 - 19 | 69,3 | 63,5 | 67,7 | 73,2 | 76,6 | 74,6 | 76,0 | 75,7 | 75,2 | 75,2 |
| 20 - 24 | 107,4 | 100,8 | 102,6 | 108,1 | 113,0 | 116,5 | 118,0 | 116,8 | 116,5 | 115,3 |
| 25 - 29 | 106,8 | 101,4 | 100,4 | 103,2 | 108,2 | 113,4 | 112,9 | 111,9 | 106,9 | 105,4 |
| 30 - 39 | 97,8 | 90,8 | 97,3 | 98,7 | 105,0 | 104,5 | 102,0 | 96,6 | 95,4 | 91,7 |
| 40 - 49 | 87,7 | 82,2 | 88,2 | 89,4 | 98,1 | 92,8 | 91,0 | 87,9 | 87,2 | 80,5 |
| 50 - 59 | 82,0 | 77,7 | 82,2 | 81,0 | 87,4 | 83,2 | 84,2 | 80,5 | 77,7 | 71,3 |
| 60 + | 104,3 | 97,2 | 108,1 | 106,9 | 110,0 | 104,7 | 105,2 | 103,8 | 104,7 | 92,5 |
| Total | 69,5 | 66,7 | 68,5 | 69,8 | 73,7 | 75,9 | 74,9 | 72,7 | 71,3 | 69,7 |

Tabela 6. Mortalidade por causas externas segundo faixas e tálias e sexo. Brasil, 2000

| Faixas Etárias | Masculino | | | Feminino | | | Total | | |
|----------------|---------------|-------------|--------------|---------------|-------------|-------------|----------------|--------------|-------------|
| | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa |
| 0 - 9 | 3.374 | 62,3 | 20,2 | 2.045 | 37,7 | 12,6 | 5.419 | 100,0 | 16,5 |
| 10 - 14 | 2.069 | 68,6 | 23,6 | 947 | 31,4 | 11,0 | 3.016 | 100,0 | 17,4 |
| 15 - 19 | 11.666 | 86,5 | 129,3 | 1.817 | 13,5 | 20,4 | 13.483 | 100,0 | 75,2 |
| 20 - 24 | 16.908 | 90,9 | 210,1 | 1.693 | 9,1 | 20,9 | 18.601 | 100,0 | 115,3 |
| 25 - 29 | 13.221 | 90,6 | 194,0 | 1.373 | 9,4 | 19,5 | 14.594 | 100,0 | 105,4 |
| 30 - 39 | 20.541 | 88,6 | 166,7 | 2.654 | 11,4 | 20,5 | 23.195 | 100,0 | 91,7 |
| 40 - 49 | 13.451 | 86,7 | 144,1 | 2.057 | 13,3 | 20,7 | 15.508 | 100,0 | 80,5 |
| 50 - 59 | 7.442 | 83,5 | 124,0 | 1.471 | 16,5 | 22,6 | 8.913 | 100,0 | 71,3 |
| 60 + | 8.884 | 66,1 | 136,0 | 4.552 | 33,9 | 56,9 | 13.436 | 100,0 | 92,5 |
| Total | 97.556 | 84,0 | 119,0 | 18.609 | 16,0 | 21,8 | 116.165 | 100,0 | 69,7 |

Tabela 7. Taxas de mortalidade por causas externas. Capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Porto Velho | 119,6 | 109,4 | 108,8 | 104,0 | 63,7 | 93,1 | 86,4 | 102,4 | 123,6 | 137,5 |
| Rio Branco | 107,9 | 127,4 | 123,0 | 123,5 | 114,8 | 102,7 | 109,4 | 96,8 | 69,4 | 89,3 |
| Manaus | 89,6 | 82,1 | 74,7 | 88,3 | 92,8 | 85,5 | 88,2 | 89,1 | 75,5 | 72,7 |
| Boa Vista | 116,5 | 106,0 | 96,9 | 117,3 | 104,6 | 129,3 | 117,7 | 141,7 | 148,9 | 119,7 |
| Belém | 70,6 | 68,9 | 47,2 | 48,5 | 44,5 | 64,4 | 70,0 | 66,4 | 60,6 | 51,1 |
| Macapá | 86,2 | 92,8 | 102,1 | 126,9 | 119,3 | 123,6 | 93,6 | 98,0 | 109,8 | 93,2 |
| Palmas | 28,8 | 76,0 | 56,8 | 92,7 | 101,3 | 59,2 | 59,3 | 58,7 | 59,9 | 88,8 |
| São Luís | 68,6 | 59,6 | 57,4 | 52,9 | 66,9 | 69,4 | 65,3 | 62,6 | 53,4 | 53,8 |
| Teresina | 41,4 | 46,8 | 53,5 | 50,1 | 55,9 | 52,9 | 53,7 | 58,5 | 53,8 | 63,2 |
| Fortaleza | 59,6 | 55,2 | 60,5 | 60,0 | 81,2 | 76,8 | 73,9 | 57,4 | 64,7 | 63,3 |
| Natal | 66,1 | 53,4 | 54,0 | 56,2 | 70,7 | 68,3 | 68,7 | 54,2 | 52,1 | 60,2 |
| João Pessoa | 61,1 | 56,2 | 62,2 | 67,4 | 84,2 | 80,8 | 57,6 | 58,8 | 69,0 | 65,1 |
| Recife | 107,1 | 91,9 | 106,2 | 93,9 | 103,1 | 107,7 | 118,7 | 126,0 | 107,9 | 107,4 |
| Maceió | 87,6 | 80,9 | 87,7 | 88,1 | 90,7 | 93,8 | 76,6 | 73,6 | 66,5 | 72,6 |
| Aracaju | 72,3 | 147,4 | 78,6 | 122,1 | 98,5 | 86,4 | 68,6 | 78,9 | 88,7 | 83,9 |
| Salvador | 79,9 | 77,8 | 82,1 | 89,7 | 67,7 | 76,9 | 81,5 | 81,1 | 72,0 | 63,9 |
| Belo Horizonte | 70,8 | 67,6 | 66,2 | 66,8 | 70,9 | 74,1 | 79,0 | 78,5 | 69,8 | 68,6 |
| Vitória | 132,2 | 90,7 | 124,1 | 126,5 | 130,7 | 116,2 | 137,1 | 127,1 | 121,2 | 98,5 |
| Rio de Janeiro | 113,0 | 108,5 | 116,4 | 118,2 | 114,7 | 120,1 | 113,1 | 110,8 | 103,3 | 95,3 |
| São Paulo | 97,0 | 89,0 | 90,4 | 94,3 | 108,2 | 113,9 | 107,0 | 104,7 | 111,3 | 98,9 |
| Curitiba | 83,1 | 80,6 | 86,3 | 89,1 | 88,4 | 84,7 | 83,3 | 70,8 | 69,2 | 74,0 |
| Florianópolis | 59,1 | 57,3 | 71,6 | 78,3 | 75,7 | 81,5 | 75,9 | 64,3 | 62,4 | 64,6 |
| Porto Alegre | 77,5 | 72,5 | 65,2 | 69,1 | 71,5 | 74,3 | 77,5 | 68,0 | 63,8 | 67,8 |
| Campo Grande | 80,0 | 86,7 | 83,9 | 89,6 | 99,5 | 113,5 | 104,4 | 78,2 | 81,9 | 80,0 |
| Cuiabá | 90,1 | 86,2 | 82,9 | 78,3 | 89,9 | 103,8 | 93,0 | 108,6 | 107,3 | 110,1 |
| Goiânia | 88,3 | 82,8 | 92,4 | 89,5 | 110,1 | 89,0 | 83,4 | 77,9 | 83,8 | 73,3 |
| Brasília | 91,0 | 84,5 | 94,5 | 97,5 | 102,3 | 95,3 | 86,0 | 82,4 | 80,3 | 77,8 |

Tabela 8. Mortalidade por causas externas segundo sexo. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Masculino | | | Feminino | | | Total | | |
|----------------|-----------|------|-------|----------|------|------|--------|-------|-------|
| | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa |
| Porto Velho | 393 | 85,6 | 235,7 | 66 | 14,4 | 39,3 | 459 | 100,0 | 137,5 |
| Rio Branco | 192 | 85,0 | 155,8 | 34 | 15,0 | 26,2 | 226 | 100,0 | 89,3 |
| Manaus | 874 | 85,5 | 127,5 | 148 | 14,5 | 20,5 | 1.022 | 100,0 | 72,7 |
| Boa Vista | 203 | 84,6 | 202,3 | 37 | 15,4 | 36,9 | 240 | 100,0 | 119,7 |
| Belém | 556 | 85,0 | 91,4 | 98 | 15,0 | 14,6 | 654 | 100,0 | 51,1 |
| Macapá | 240 | 90,9 | 172,2 | 24 | 9,1 | 16,7 | 264 | 100,0 | 93,2 |
| Palmas | 101 | 82,8 | 146,9 | 21 | 17,2 | 30,6 | 122 | 100,0 | 88,8 |
| São Luís | 380 | 81,2 | 93,5 | 88 | 18,8 | 19,0 | 468 | 100,0 | 53,8 |
| Teresina | 380 | 84,1 | 113,3 | 72 | 15,9 | 18,9 | 452 | 100,0 | 63,2 |
| Fortaleza | 1.145 | 84,5 | 114,2 | 210 | 15,5 | 18,4 | 1.355 | 100,0 | 63,3 |
| Natal | 342 | 80,1 | 102,3 | 85 | 19,9 | 22,5 | 427 | 100,0 | 60,2 |
| João Pessoa | 346 | 88,9 | 123,8 | 43 | 11,1 | 13,5 | 389 | 100,0 | 65,1 |
| Recife | 1.311 | 85,8 | 198,1 | 217 | 14,2 | 28,5 | 1.528 | 100,0 | 107,4 |
| Maceió | 497 | 85,8 | 132,0 | 82 | 14,2 | 19,5 | 579 | 100,0 | 72,6 |
| Aracaju | 330 | 85,3 | 152,9 | 57 | 14,7 | 23,2 | 387 | 100,0 | 83,9 |
| Salvador | 1.285 | 82,3 | 111,7 | 276 | 17,7 | 21,3 | 1.561 | 100,0 | 63,9 |
| Belo Horizonte | 1.238 | 80,7 | 117,1 | 297 | 19,3 | 25,1 | 1.535 | 100,0 | 68,6 |
| Vitória | 250 | 86,8 | 181,2 | 38 | 13,2 | 24,6 | 288 | 100,0 | 98,5 |
| Rio de Janeiro | 4.577 | 82,1 | 166,5 | 999 | 17,9 | 32,1 | 5.576 | 100,0 | 95,3 |
| São Paulo | 8.945 | 86,7 | 179,9 | 1.370 | 13,3 | 25,1 | 10.315 | 100,0 | 98,9 |
| Curitiba | 956 | 81,5 | 125,6 | 217 | 18,5 | 26,3 | 1.173 | 100,0 | 74,0 |
| Florianópolis | 153 | 69,2 | 92,3 | 68 | 30,8 | 38,5 | 221 | 100,0 | 64,6 |
| Porto Alegre | 750 | 81,3 | 118,0 | 173 | 18,7 | 23,9 | 923 | 100,0 | 67,8 |
| Campo Grande | 446 | 84,0 | 138,2 | 85 | 16,0 | 24,9 | 531 | 100,0 | 80,0 |
| Cuiabá | 463 | 87,0 | 196,5 | 69 | 13,0 | 27,8 | 532 | 100,0 | 110,1 |
| Goiânia | 670 | 83,8 | 128,6 | 130 | 16,3 | 22,7 | 800 | 100,0 | 73,3 |
| Brasília | 1.343 | 84,5 | 136,9 | 247 | 15,5 | 23,1 | 1.590 | 100,0 | 77,8 |

Suely
Ferreira
Deslandes

Simone
Gonçalves
de Assis

Nilton
César
dos Santos

Violência envolvendo crianças no Brasil

um plural estruturado
e estruturante

Introdução

A violência contra crianças no Brasil assume várias faces e nuances. Dentre as muitas tentativas de definição de um conceito para esse fenômeno (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1998; BRASIL, 2001; KRUG et al., 2002) pode-se dizer que ela se apresenta de forma individual ou coletiva, interpessoal ou mediada por estruturas sociais. Fala-se de violências num plural ampliado que inclui desde as que são decorrências históricas das políticas e modelos econômicos, capazes de produzir exclusão e segregação social, trazendo conseqüências para uma cidadania precária, até as formas culturalmente arraigadas e banalizadas.

Independentemente dos termos usados para nomeá-la, a violência contra as crianças está representada em toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral. Tais eventos geralmente envolvem uma relação assimétrica e desigual de poder manifestada pela força física, pelo poder econômico ou político, pela dominação e opressão familiar ou geracional. Esse fenômeno se configura também de forma estrutural na aplicação de políticas educacionais, sanitárias ou econômicas que mantêm as condições que impedem ou não promovem o seu crescimento e desenvolvimento.

Por mais que se tente mapear todas as manifestações de violência contra crianças, tal esforço seria sempre incompleto, pois à medida que se avança na construção da consciência social acerca dos seus direitos, no conhecimento científico sobre as conseqüências de certos atos e processos, acaba-se por identificar novas formas de violência a serem enfrentadas.

Assim, sem a pretensão de descrever todas as suas formas, enumeram-se aqui as expressões de violência que mais têm aglutinado o debate e a mobilização social para seu enfrentamento. Neste capítulo destacam-se as violências contra crianças de 0 a 9 anos, segundo fases do desenvolvimento e da sociabilidade da criança. Priorizam-se a primeira infância (0 a 6 anos) e a fase imediatamente posterior (7 a 9 anos).

A infância é uma fase da vida extremamente delicada e importante, requerendo grandes investimentos afetivos e de suporte social. Os cuidados prestados à criança pela família, por outros grupos sociais e instituições influenciarão sobremaneira sua possibilidade de sobrevivência e de qualidade de vida. Servirão também como um espelho de valores no qual ela vai se mirando e formando suas idéias sobre si e sobre o mundo.

A experiência de vida de crianças de estratos mais pobres ilustra como se pode começar a sofrer violências desde o nascimento ou mesmo antes dele. O direito ao acesso e à utilização de um atendimento de pré-natal de qualidade e a referência de um serviço público para dar a luz, condições mínimas para garantir um parto seguro, ainda não são uma realidade para todos. Em 2000, menos da metade das gestantes (45,9%) tiveram sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2004). São muito elevadas as taxas de mortalidade materna. Atualmente, taxas brasileiras são ainda muito altas, atingindo a cifra de 45,8 mortes por cem mil no ano de 2000 (BRASIL, 2004). Nesse mesmo período, o Chile teve taxas de 23/100.000 e a Argentina 41/100.000, ambos países com taxas de fecundidade semelhantes às brasileiras (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2003). Assim, milhares de crianças ao nascer já sofrem uma perda absolutamente irreparável e, em muitos casos, evitáveis.

Inegáveis avanços foram registrados quanto à diminuição da mortalidade infantil no País. Se em 1989 a taxa era de 52 crianças mortas antes de completarem um ano por mil nascidas vidas, 11 anos depois essa taxa caiu a 28,3 (BRASIL, 2004). Contudo, o direito à identidade civil, ou seja, de ter sua certidão de nascimento, ainda não é possível para todos os bebês. Segundo dados do Unicef (2003), referindo-se a estimativas de 1996, a cada ano cerca de um milhão de crianças não são registradas no primeiro ano de vida, sendo-lhes negado o direito fundamental a nome e nacionalidade, dificultando-lhes o acesso a serviços de saúde e educação. O registro realizado nas maternidades tem sido sugerido para a minimização desse problema.

Além das dificuldades vivenciadas já no nascimento, boa parte das meninas e meninos brasileiros enfrenta as agruras da pobreza com conseqüências para o seu desenvolvimento infantil. Mais da metade das crianças de 0 a 4 anos pertenciam, em 1999, a famílias com rendimento familiar per capita abaixo da linha de pobreza (54,5% das crianças). Dentre as de 5 a 9 anos, no mesmo ano, a metade vivia em famílias nessa situação (50,3%) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO apud ROCHA, 2003). Uma vez que as crianças são as mais vulneráveis, torna-se, portanto, evidente a necessidade prioritária de políticas de superação da pobreza e de redistribuição de renda, visando a atender famílias onde se encontram meninos e meninas de 0 a 9 anos e, especialmente, as que têm filhos na fase pré-escolar (ROCHA, 2003).

O nível de escolarização de crianças de 5 a 9 anos também é desigualmente distribuído, pois cresce à medida que aumenta a faixa de rendimento das famílias a que pertencem (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Quando se considera a questão racial e étnica, as desigualdades educacionais tornam-se ainda mais evidentes. Os afrodescendentes, em todas as faixas de idade, possuem menor escolaridade que a população branca. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004), em 1999, considerando-se a média de anos de estudo para pessoas de 10 anos ou mais, havia uma média de 6,6 anos para os de cor de pele branca e 4,6 para os de pele preta e parda (designação do IBGE). Dentre as crianças de 0 a 6 anos, a precariedade de acesso é evidente para todos, mas nota-se significativa diferença, pois 31,9% das brancas e apenas 23,5% das negras conseguem entrar na escola (OLIVEIRA, 2002).

A Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004) aponta que existe uma consciência maior do problema no País e existem progressos mostrados no percurso de 1992 a 2001. Considerando-se a parcela de crianças entre 5 e 6 anos que não freqüentava a escola, houve uma diminuição de 46,1% para 23,8%. Dados do Inep/MEC (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2001) apontam que 21% das crianças brasileiras estavam matriculadas na pré-escola no ano de 1999 e somente 3,4% estavam matriculadas em creches. O acesso a creches públicas e de qualidade é um direito garantido por lei ainda não efetivado no País

Embora se constatem altas taxas de escolarização entre crianças de 7 a 14 anos (95,4% em 1999), apenas 59% das que começam o Ensino Fundamental (1ª a 8ª séries) completam os oito anos de estudo e somente 27,3% dos adolescentes de 14 anos cursam a série adequada, correspondente a sua idade (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, [20--?]), indicando que falta de qualidade do ensino e vínculos entre criança-família-escola precisam ser efetivamente melhorados.

As formas históricas e culturalmente naturalizadas de discriminação racial e étnica conduzem a profundas desigualdades, marcas inequívocas da violência estrutural. Estudo de Oliveira (2002), sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde, revela que a população negra brasileira apresenta indicadores de saúde mais deficitários que a população branca. A expectativa de vida é inferior em seis anos.

A violência contra crianças se apresenta também sob a forma de exploração de sua força de trabalho. Muitas, desde a mais tenra idade, desempenham jornada de trabalho extenuante, em condições aviltantes e recebendo remuneração escassa, quando essa remuneração ocorre. Muitas delas complementam a renda familiar, assumindo atribuições de provisão que é típica dos adultos. Nesse processo, têm sua infância e sua escolarização prejudicada, seu tempo lúdico é expropriado, sofrem seqüelas nutricionais, envelhecimento precoce e têm seu desenvolvimento comprometido (SILVA, 2003).

Segundo dados do IBGE, o nível de ocupação de crianças e adolescentes vem diminuindo graças ao esforço das iniciativas governamentais e da sociedade. Considerando o período de 1992 para 2001, a população de 5 a 9 anos ocupada passou de 3,7 para 1,8%. Contudo, esse pequeno percentual expressava, em números absolutos, 296.705 crianças que trabalhavam nessa faixa de idade, em 2001 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Sabe-se ainda que tal situação não é fielmente dimensionada, ocultando formas de exploração do trabalho infantil fora e dentro de casa.

Uma das manifestações mais vis de violência contra crianças é a que se expressa na forma de exploração sexual comercial. Poucos são os dados existentes sobre o fenômeno. Estudo recente feito pelo Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (LEAL; LEAL, 2002) identificou a existência de 241 rotas de tráfico de mulheres, crianças e adolescentes. Destas, 110 eram intermunicipais e interestaduais e 131 internacionais. Das rotas nacionais, a maioria era especializada no tráfico de adolescentes, mas foram registradas 26 específicas de exploração de crianças. Segundo estimativas da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPI da Exploração Sexual), infere-se que boa parte dos clientes das crianças exploradas sexualmente é formada por turistas, especialmente estrangeiros, constituindo a chamada rede de turismo sexual (GOMES, 2004).

1. Violência familiar: a face oculta e banalizada da violência

A violência contra crianças está profundamente arraigada na cultura familiar brasileira. A chamada **violência familiar** ou **violência doméstica** que se expressa nas formas de agressão física, abuso sexual, negligência, abuso psicológico e síndrome de Münchhausen por procuração (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA et al., 2000) vitimiza milhões de crianças todos os anos. Sabe-se que a magnitude desse fenômeno é extremamente ampliada e sendo a maior responsável pelos casos de violência interpessoal contra crianças.

Uma análise da produção bibliográfica nacional da década de 90 sobre o tema (ASSIS; CONSTANTINO, 2003) mostra que a temática dos maus-tratos correspondeu à maior produção científica referente à violência contra crianças e adolescentes na área da Saúde Pública. Inicialmente tratada academicamente por profissionais de medicina, psicologia, serviço social e enfermagem, outras áreas da saúde recentemente se agregaram aos estudos do tema, como é o caso da odontologia e da fonoaudiologia. Foram

mais de cem publicações, vindo, a seguir, a abordagem de temas como meninos e meninas de rua e jovens em conflito com a lei.

A delimitação da violência doméstica enquanto problema histórico-cultural e análises sobre serviços de atendimento são temáticas que se destacam nas teses, nas dissertações e nos artigos. A violência familiar se confirma como tendência para publicações na primeira década dos anos 2000, refletindo, ao mesmo tempo, maior consciência social e acadêmica sobre o problema e os crescentes desafios colocados aos profissionais de saúde.

Apesar do desenvolvimento acadêmico do tema, raras são as estatísticas de abrangência nacional. Pesquisa por amostragem nacional, publicada pelo IBGE em 1989, apontou o domicílio como local mais freqüente para a ocorrência de agressões físicas na infância e adolescência, situação que é constatada em todas as investigações de âmbito local. Esse foi um trabalho pioneiro que não se repetiu. Assim, os únicos dados nacionais existentes, do ano de 1988, mostram que cerca de 200.000 crianças e adolescentes declararam terem sofrido agressão física, dentre o total de um milhão de queixosos de todas as idades. Em 80% dos casos, os agressores eram parentes e conhecidos. Dentre as meninas, a agressão se dava na própria residência em 35% dos casos e contra os meninos, em 19%.

Visando ao monitoramento da violação de direitos das crianças e dos adolescentes no País, o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (Sipia), do Ministério da Justiça, compila as estatísticas de 1.635 conselhos tutelares, distribuídos em 15 estados brasileiros. Esse precioso serviço funciona desde fevereiro de 2003 e contabilizou 174.851 notificações de violações, no período de 1999 a 2004. Segundo seus registros, o direito mais violado é o da convivência familiar e comunitária, correspondendo a 87.579 registros (51%), ressaltando-se as categorias de “inadequação do convívio familiar e ausência deste convívio”. Verifica-se que os principais agentes violadores são a mãe e o pai, informação que é reiterada em todas as investigações de âmbito local. Em seguida, vem a violação do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, concentrando 25% das ocorrências, destacando-se as categorias “atos atentatórios ao exercício da cidadania e violência física, psicológica e sexual” (BRASIL, 2004a).

Alguns estudos regionais trazem valiosas contribuições para ajudar a dimensionar o problema. Estatísticas das notificações feitas por profissionais de saúde, compiladas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (OLIVEIRA, 2004), revelam que no período de 2000 a 2002 foram registrados 3.103 casos de maus-tratos. Destes, a maioria foi por negligência e abandono, vindo, logo a seguir, as agressões físicas, o abuso sexual e o abuso psicológico. Considerando-se todos os tipos, a mãe aparece como a principal agente da agressão (56,6%), exceto nos casos de abuso sexual que figuram os desconhecidos (33,7%) e o pai (22,9%) como os principais responsáveis. De todas as notificações, 1.948 foram contra crianças de 0 a 9 anos, sendo vítimas 905 meninos e 1.043 meninas. Considerando apenas as crianças menores de 1 ano, as estatísticas indicam 522 registros para essa faixa etária, assinalando uma predominância de agressão aos meninos, 296 contra 226 referentes a meninas.

Em *survey* que investigou 1.600 pessoas com 16 anos ou mais de idade, em dez capitais das cinco regiões brasileiras no ano de 1999, 14% dos entrevistados afirmavam ter apanhado quase todos os dias quando eram crianças. Cintos e varas eram os objetos escolhidos pelos agressores para perpetração dos maus-tratos. No extremo oposto, apenas 20% deles disseram nunca terem apanhado dos pais quando crianças. Esses

dados divergem entre as capitais, deixando antever hábitos culturais distintos: pessoas de Porto Velho/RO, Goiânia/GO e Salvador/BA sobressaem pela informação do uso mais regular de castigos corporais e de punição física na família (CARDIA, 1999). São também os moradores dessas cidades que mais concordam com a afirmativa de que “os pais têm o direito de corrigir os filhos como bem entendem”. Esses dados coincidem com a maioria dos estudos da área que mostram as agressões físicas como práticas disciplinares habituais na cultura brasileira, sendo consideradas pela população como estratégias “naturais e necessárias” ao processo educativo (CENTEVILLE, 1997; GONÇALVES, 2003).

Um inquérito epidemiológico realizado com 1.685 estudantes de escolas públicas e particulares do Município de São Gonçalo/RJ, em 2002, confirma a alta prevalência de violência familiar: 14,6% sofreram violência física severa desferida pelo pai e pela mãe; 11,8% testemunharam ou vivenciaram violência sexual na família; 48% relataram sofrer violência psicológica de pessoas significativas. Extrapolando-se esses dados para a população estudantil do município, observa-se que 7.700 adolescentes convivem com violência física severa de seus pais, 6.258 tiveram contato com alguma forma de abuso sexual na família e que 25.458 alunos vivenciam um clima emocional tenso em seus lares. Esse estudo encontrou também correlação estatisticamente significativa entre sofrer violência familiar e ser vítima de violência na comunidade e na escola, além de maior auto-relato de transgressão de normas sociais no caso das vítimas de violência na infância (ASSIS; AVANCI, 2004).

A despeito da relevância da violência familiar no País e da obrigatoriedade de notificação de casos confirmados ou suspeitos por parte de profissionais de saúde e de educação, prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, 13/7/90), as formas de registro sistemático ainda são escassas. Uma interferência positiva, nesse sentido, foi realizada pelo Ministério de Saúde, tornando a notificação de maus-tratos compulsória (BRASIL, 2002). E várias secretarias de saúde têm buscado organizar e compilar seus dados (Município e Estado do Rio de Janeiro, Curitiba e Paraná, Recife, dentre outros), buscando tornar mais específicas as informações e a possibilidade de atuação. Na medida em que não há estudos atualizados de base nacional, é sempre importante distinguir entre **notificar o fato** e a **realidade dos fatos**. Hoje, no Brasil, uma unidade municipal ou estadual que melhor notifique, registre e trate suas informações não pode se confundir crendo que o espaço social onde atua é mais violento comparativamente a outros lugares onde as estatísticas não são confiáveis, e, sim, seu esforço tem de ser visto como o primeiro passo para uma política séria de enfrentamento da questão.

O debate sobre a importância da notificação e a necessidade de tomá-la como ação desencadeadora de apoio institucional para as famílias ainda constitui uma grande tarefa de substituir a arraigada concepção de notificação como denúncia policial. Os profissionais de saúde paulatinamente vão vencendo temores e noções pessimistas de que não adianta notificar se nada de efetivo e eficaz será feito.

A capacitação de profissionais para a detecção e para o atendimento às vítimas de violência doméstica e de seus familiares vem crescendo em todo o País. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, hospitais e ambulatórios têm criado mecanismos próprios de atuação, assumindo a capacitação profissional como forma de promover uma atenção especializada e adequada. Muitas organizações não-governamentais também atuam nessa direção. Algumas delas, historicamente, lideraram as ações de prevenção da violência contra a criança e o adolescente no País.

Em contrapartida, os profissionais que já atuam de forma cotidiana nos serviços de saúde, notificando casos e atendendo as famílias, se deparam com consideráveis problemas e empecilhos dada a precária existência e articulação com os serviços de retaguarda (outros serviços, projetos e programas dos setores de Bem-Estar Social, de Saúde e de Justiça) e com os próprios conselhos tutelares – órgão estratégico no Sistema de Garantia de Direitos no País (SILVA, 2001). Infelizmente, mesmo com uma lei tão avançada como o ECA, as redes de atenção básica às vítimas ainda são precárias ou inexistentes, levando a que o primeiro e o último passos de um processo de atendimento se reduzam ao tratamento das lesões (se são físicas) e à denúncia.

A história do enfrentamento da violência familiar no Brasil é recente. A fase de estabelecimento do conceito teve início na década de 80, mas ainda se faz necessária ampla sensibilização, face à dimensão continental e à diversidade de conhecimentos nos diferentes grupos regionais e culturais. A criação e a disseminação de serviços tiveram maior destaque na década de 90, embora não alcancem o País como um todo. Ainda há muitíssimo a ser realizado, especialmente no que se refere à sua integração em rede com postura forte e atuante.

Merece ainda destaque a precariedade de serviços nacionais que se dediquem ao atendimento da unidade familiar como um todo e ao autor da agressão. Essa visão sistêmica permitiria uma atuação mais adequada frente aos problemas. A priorização de uma intervenção que tome a família como foco da atenção ainda é um ideal a ser conquistado, pois as limitações estruturais e econômicas, aliadas a uma cultura individualista, restringem o âmbito da intervenção a favor da criança e da mãe, quando é realizada (DESLANDES; ASSIS, 2003).

2. Os acidentes: fatalidades ou negligência?

Muitos acidentes que acontecem com crianças poderiam ser classificados como violências, na medida em que houvesse uma investigação séria sobre sua conotação fortuita e casual: todos os acidentes são acidentais? O Ministério da Saúde responde: “em maior ou menor grau, são perfeitamente previsíveis e preveníveis” (BRASIL, 2001, p. 8).

Como se verá a seguir, a partir dos dados de morbimortalidade na década de 90, os acidentes de transporte no Brasil representaram a mais significativa parcela dos registros de óbitos por causas externas na faixa de 0 a 9 anos, com uma média de 1.917 mortes anuais. Estimativas apontam que 300.000 crianças morrem anualmente no mundo em decorrência de acidentes de trânsito; 25.000 apenas nos Estados Unidos (ROBERTS; DIGIUSEPPI, 1999; RAMENOFKY, 1984). Nos meios urbanos, os indivíduos participam diariamente da dinâmica do trânsito e as crianças em idade escolar caminham ou são transportadas pelo menos duas vezes ao dia no trajeto casa-escola.

Levando-se em conta o desenvolvimento infantil até os 4 anos, as crianças apresentam dificuldade de localização exata de sons, sua visão periférica é restrita, apresentam dificuldades de julgamento de distância, tendem à distração, precisam de mais tempo para processar informações. Além disso, possuem pequena estatura, dificultando serem vistas pelos motoristas. Na fase de 5 a 9 anos já possuem maior compreensão dos riscos, no entanto, têm dificuldade de quantificá-los, de avaliar velocidade e distância de veículos (PIRITO & Waksman, 2003). Assim, crianças menores de 10 anos devem estar sempre

acompanhadas por adultos quando expostas ao trânsito. As mais velhas necessitam ser supervisionadas e orientadas.

As crianças muito pequenas (0 a 4 anos) geralmente são atropeladas no colo de seus pais ou nas imediações de sua casa (na garagem ou cercanias). Certamente esse tipo de acidente envolve a responsabilidade dos pais no cuidado dos filhos, mas pode, também, evidenciar atitude negligente do motorista que dirige de forma desatenta ou sob efeito de álcool ou outras substâncias. Isso ocorre nas colisões de veículos em que há negligência de motoristas no transporte da criança, quando as determinações do Código Brasileiro de Trânsito não são cumpridas ou há uso inadequado do equipamento de segurança, por exemplo, cadeirinha de bebê (Pirito & Waksman, 2003).

Estudo sobre atendimentos pré-hospitalares realizados em Londrina/PR, em 1998, mostra que 29,4% das crianças menores de 15 anos que sofreram traumas no trânsito eram ocupantes de carros de passeio e 2,7% de caminhonetes, caminhões e ônibus; 28,8% eram pedestres; 23,4% eram ciclistas e 13,9% motociclistas. A supremacia das vítimas masculinas ocorreu entre os pedestres, ciclistas e motociclistas; nas colisões há discreta supremacia feminina e 60,2% das crianças vítimas não usavam cinto de segurança (BASSO, 2000).

Além da responsabilidade individual dos cuidadores das crianças e dos motoristas, a segurança no trânsito também constitui responsabilidade social das montadoras de carros, das empreiteiras de obras, dos empresários de ônibus, do poder público, das autoridades de trânsito, das comunidades, dos motoristas e pedestres (DESLANDES; SILVA, 2000).

Outra importante fonte de agravos à saúde nos primeiros anos de vida são os acidentes domésticos, muito frequentes uma vez que as crianças passam a maior parte de seu tempo em casa. Faz parte de seu desenvolvimento a inquietação por conhecer o ambiente que a rodeia, experimentando limites e sensações, adquirindo habilidades e capacidades e expandindo seu campo de interações. Contudo, em geral, os ambientes são organizados para adultos, indiferentes às necessidades e aos riscos para aqueles que medem menos de um metro (MACIEL, 2003) e não sabem discernir os perigos a que estão expostos.

As crianças menores de 1 ano demandam uma vigilância de tempo integral. Necessitam também do que se denomina proteção passiva, isto é, a criação de um ambiente que permita evitar eventuais acidentes. É o caso da colocação de grades ou redes nas janelas, de portões nas escadas, de móveis sem quinas, de dispositivo de proteção nas tomadas e outros. As maiores (de 1 a 5 anos) possuem mais autonomia, mas requerem supervisão constante, precisando receber orientação para administrarem gradativamente os riscos (MACIEL, 2003). No caso dos acidentes domésticos, atenção especial deve ser dada a dois grandes dispositivos causadores de mortes, lesões e traumas: o fogão e os produtos domissanitários. Queimaduras em crianças no primeiro caso e grande incidência de envenenamentos no segundo são frequentemente registrados. Provocam mortes e lesões, o que tem a ver, quase sempre, com negligência de seus cuidadores.

Surgem, portanto, dois pontos para reflexão. O primeiro é: como discernir acidentes domésticos das ações de negligência e mesmo de agressões físicas explícitas do que seja violência familiar? Estudos revelam que, em muitas situações, a família declara como acidente eventos em que crianças são alvo de violências (DESLANDES, 2002). Para esses casos, há uma série de procedimentos a fim de se estabelecer um diagnóstico diferenciado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA et al., 2000). Há ainda

a possibilidade do acidente ser fruto de atitude negligente quando representa apenas um dos eventos dentre os muitos que se seguem à omissão dos cuidados.

Cabe então questionar, por exemplo, com qual suporte mães, sobretudo as das classes populares que trabalham fora, contam efetivamente para cuidar de seus filhos pequenos. A maior oferta de creches e de atenção pré-escolar certamente influenciariam na redução dos índices de acidentes domésticos na faixa de 0 a 3 e mesmo entre as de 4 a 6 anos, uma vez que os cuidados especializados permitiriam à mãe trabalhar, minorando condições de pobreza e permitindo-lhe repartir cuidados com outros filhos. Além desses benefícios, a atenção especializada das creches estimula o desenvolvimento infantil.

A divulgação sobre prevenção de acidentes também constitui tarefa da sociedade, especialmente das instituições ligadas à saúde. Nesse sentido, destaca-se a atuação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) que há anos vem criando campanhas, alertando e capacitando seus profissionais para a tarefa de prevenção e de promoção de ambientes seguros. Acidentes domésticos e de trânsito na infância não podem ser vistos unicamente como eventos imprevisíveis ou fatalidades do destino.

3. A violência evidenciada e oculta nas estatísticas de mortalidade

A violência e os acidentes são avaliados nas estatísticas de saúde por meio da categoria causas externas (Classificação Internacional de Doenças/ CID 9.a revisão – E-950.0 a E-959.9 e CID 10.a revisão – X-60 a X-84). Opta-se neste texto por trabalhar separadamente a morbimortalidade de menores de 1 ano e faixa etária subsequente (1 a 9 anos), como já foi referido. Ao longo do texto apenas serão comentados os pontos mais relevantes; nos anexos, ao final do livro, poderão ser encontradas estatísticas mais detalhadas sobre:

- Mortalidade por causas externas no período de 1991 a 2000 (segundo local de residência da criança) para o Brasil e capitais. O número de óbitos extraído do Sistema de Informação sobre Mortalidade/Datasus/MS; a população residente utilizada para cálculo das taxas das faixas etárias, oriunda de dados estimados pelo IBGE, captada na home page do Datasus/MS. As taxas de mortalidade para a faixa de menores de 1 ano, calculadas por 1.000 (‰) e para crianças de 1 a 9 anos por 100.000 habitantes. A exemplo de vários autores (VICTORA et al., 1994; COSTA et al., 2003), utiliza-se a população de menores de 1 ano como denominador dos coeficientes de mortalidade infantil face à imprecisão e às dificuldades na obtenção da estimativa de nascidos vivos para todo o período e para o País. Alguns indicadores para se avaliar correlação da mortalidade com nível socioeconômico foram extraídos do Datasus/MS e do Índice de Desenvolvimento Humano/IDH (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA, 2003);
- Mortalidade por internações por acidentes e violências no ano 2000 no Brasil e capitais. As informações foram extraídas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/Datasus/MS).

A mortalidade de crianças menores de 1 ano por todas as causas de morte caiu ao longo da década de 90. Em 1991, morreram 86.969 crianças no Brasil, o que correspondia a uma taxa de mortalidade infantil de 27,2 ‰. Em 2000, esse número desceu para 68.108 e taxa para 21,2‰. O cálculo da mortalidade infantil proporcional comprova essa queda:

em 1991, 10,8% de todas as mortes ocorridas no Brasil se davam antes da criança completar 1 ano de idade. Em 2000, esse percentual caiu para 7,2%. Informações sobre as capitais brasileiras apontam como essa redução foi significativa, especialmente na década de 80: 22,7% das mortes naquele ano ocorriam até 1 ano de vida (COSTA et al., 2003).

A mortalidade infantil no Brasil vem decrescendo desde a década de 60 do século XX (Simões, 1996). Nos anos 80, o principal fator responsável pela queda foi a redução da fecundidade e, nos anos 90, sobressaíram, mais intensamente, outros elementos relacionados à atenção em saúde, a exemplo da terapia de reidratação oral e melhoria da cobertura vacinal. Outros avanços sociais, como a melhoria das condições de saneamento, também têm contribuído para esse quadro. Compreender os limites da influência da desigualdade social e das crises econômicas sobre a mortalidade infantil tem sido alvo de vários trabalhos, que apontam para seus efeitos sobre grupos vulneráveis, imprimindo ritmo de decréscimo diferenciado (COSTA et al., 2001, 2003; VICTORA et al., 1994).

Nessa fase da vida, a criança é extremamente vulnerável, o que repercute nos indicadores de condições de vida e saúde. A criança pequena é alvo de adversidades ainda no útero materno, dependendo substancialmente das condições de vida que sua família possui e da assistência que a sociedade lhe provê.

A mortalidade de crianças tão pequenas por causas externas manteve-se baixa e estável em toda a década (taxas de 0,4‰), como seria de esperar. Essa tendência vem sendo encontrada em vários estudos (BARROS et al., 2001; COSTA et al., 2003). Há, contudo, importante oscilação entre as capitais brasileiras, sobressaindo Curitiba e Porto Alegre com taxas duas vezes maiores que a do Brasil (1,2‰ e 1‰, respectivamente). Goiânia e Manaus se destacam pela menor gravidade do problema (taxas de 0,1‰). Não há como saber com exatidão as razões para essa diferenciação, pois fatores como qualidade da informação e tipo de assistência médica e hospitalar oferecidos são tão importantes quanto as diferentes conjunturas sociais, econômicas e culturais de cada capital e região do País.

Em toda a fase da infância e adolescência, apenas na faixa de menores de 1 ano é que as causas externas não ocupam posição de destaque, vindo em toda a década a reboque de outros eventos. Utilizando-se o ano 2000 como exemplo, as mortes originadas no período perinatal e as anomalias congênitas foram responsáveis por 65,1% dos óbitos, seguidas pelos decorrentes de sintomas, sinais e afecções mal definidas que indicam a má qualidade da informação (12,3%). A seguir, estão as doenças infecciosas (7,9%), respiratórias (6,9%) e os acidentes e violências, responsáveis por 1.237 óbitos em 2000 (1,8%), ocupando persistentemente a sétima colocação na mortalidade proporcional dessa faixa etária no período.

Considerando-se toda a década de 90, ocorreram 12.897 óbitos em menores de 1 ano por acidentes e violências, resultando numa estatística para o Brasil de 3,5 mortes diárias. Por serem reduzidas as taxas de mortalidade por causas externas nessa faixa de idade, o gráfico 1 mostra o número absoluto de óbitos por violência e acidentes mais importantes na década.

Destaca-se a relevância das mortes por submersão e sufocação, compreendendo 55% dos óbitos ocorridos em todo o período (670 mortes em 2000 com taxa de 0,2‰). Ao longo da década, cerca de 70% dessas mortes se deveram a inalação e ingestão de conteúdo gástrico e de alimentos. Riscos não especificados à respiração são também

importantes, embora a imprecisão contida nesse grupo dificulte o esclarecimento. Baseando-se nos dados do ano 2000, 67,7% das mortes decorreram de inalações; 24,3% indicam riscos não especificados à respiração, 6,4% foram por afogamentos e 1,6%, por sufocações e estrangulamentos acidentais na cama. A natureza acidental, assumida pelos serviços de saúde quando se produz uma notificação pode, algumas vezes, estar ocultando situações de maus-tratos e negligência, como mostra o clássico estudo que incluiu busca ativa, realizado por Mello Jorge (1988).

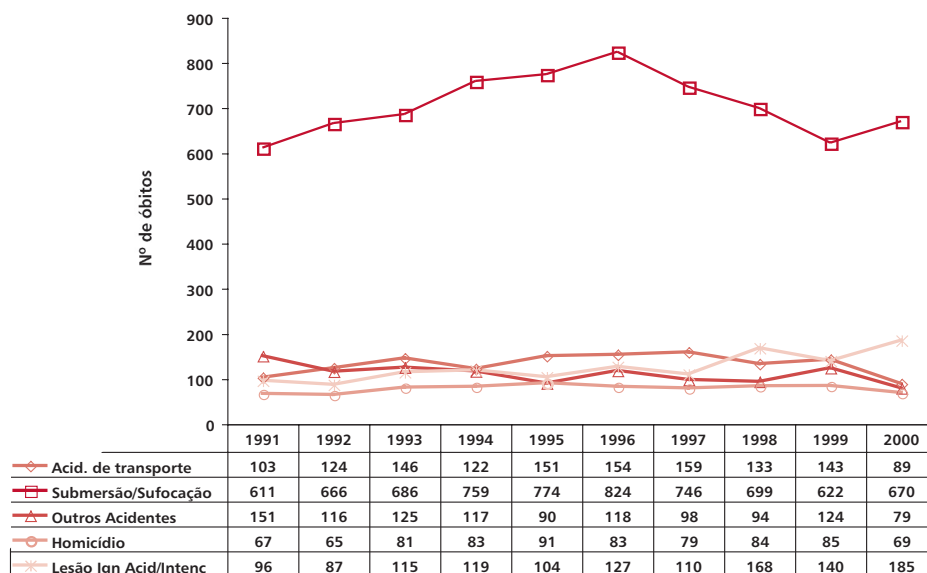


Gráfico 1

Mortalidade de crianças menores de 1 ano por principais tipos de Causas Externas. Brasil, 1991 a 2000

egoria *outros acidentes* não permite uma compreensão mais aprofundada do que está contido nela, pois a maioria dos óbitos está descrita como exposição acidental a outros fatores e a fatores não especificados; outros poucos óbitos são descritos como exposição à corrente elétrica e radiação, a forças inanimadas e a contato com fonte de calor.

A despeito do elevado percentual de acidentes de transporte de crianças menores de 1 ano que não especificam o tipo de ocorrência (36,3% em 2000), nota-se, ao longo da década, que o principal evento notificado ocorreu quando o bebê era ocupante de carro de passeio (37,4% dos óbitos no ano 2000). Óbitos de menores de 1 ano na situação de pedestre aconteceram em 17,6% das situações.

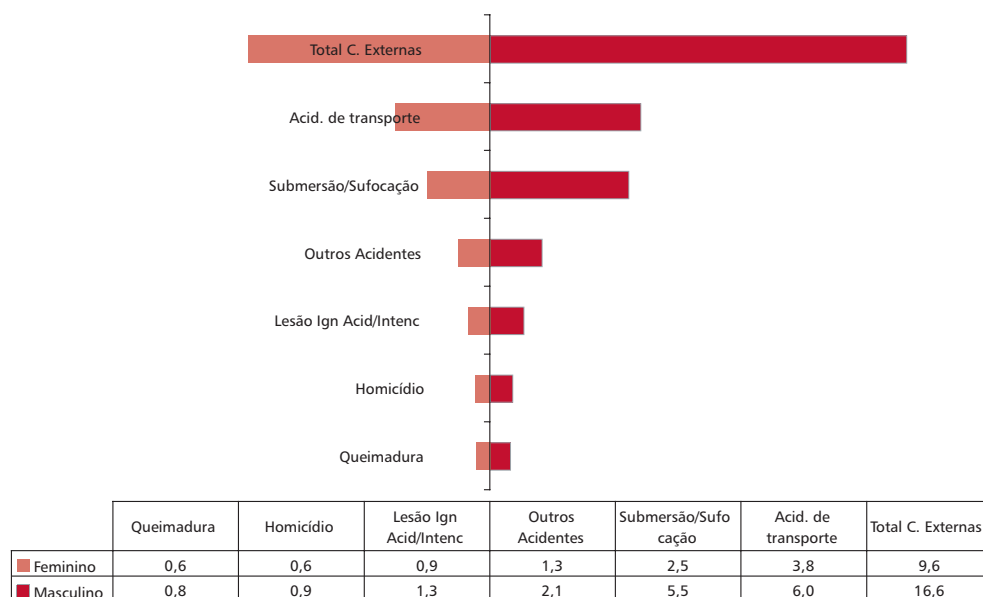
Na década, morreram 771 crianças brasileiras menores de 1 ano por homicídio. Verifica-se uma oscilação no número absoluto de óbitos: 67 em 1991, valores próximos a 85 entre 1994 a 1999 e 69 no ano 2000. A estimativa total possivelmente está subestimada, face ao elevado número de mortes cuja intencionalidade ou acidentalidade é indefinida (1.258). Em 2000, ocorreram 185 óbitos e a taxa de mortalidade foi de 0,1‰. Estudos nacionais têm demonstrado o grau significativo de desinformação sobre as mortes ocorridas na infância: grande parte dos óbitos classificados nesse grupo de lesões ignoradas é, na verdade, provocado por acidentes de trânsito e homicídios (JORGE, 1990; SOUZA, 1991).

Os tipos de homicídios cometidos contra crianças tão pequenas variam segundo a faixa etária e o ano. Em 1991, 53,7% deles não especificavam o modo de ocorrência, denotando má qualidade da informação. Em 2000, esse percentual caiu para 14% dos óbitos. Os estrangulamentos ocupam o primeiro lugar. As mortes decorrentes de maus-tratos dividem com os estrangulamentos esse lugar de destaque (21,1% cada), denotando crescimento no período. Todavia há certamente uma subnotificação relevante na década, apesar das taxas de mortes por maus-tratos e negligência passarem de 8‰ para 15‰ entre 1991 e 2000. Vale apontar que, em 2000, 9,9% dos homicídios de menores de 1 ano foram perpetrados por arma de fogo e 9,9% por arma branca.

Há dificuldades na identificação dos homicídios de crianças. O clássico estudo de Mello Jorge no qual a autora efetuou visitas domiciliares a famílias com história prévia de óbitos infantis comprovou não só problemas de esclarecimentos de causas, mas também a subestimação de duas vezes nas taxas para crianças de 0 a 5 anos no Município de São Paulo (JORGE, 1988). Certamente, essa fragilidade das estatísticas

Gráfico 2

Mortalidade de crianças menores de 1 ano por Causas Externas e principais tipos segundo sexo. Brasil, 2000



de mortalidade reflete não apenas problemas técnicos de registro, mas também dificuldades culturais e um grau de impunidade quanto a situações que propiciam ocultamento de crimes também por familiares.

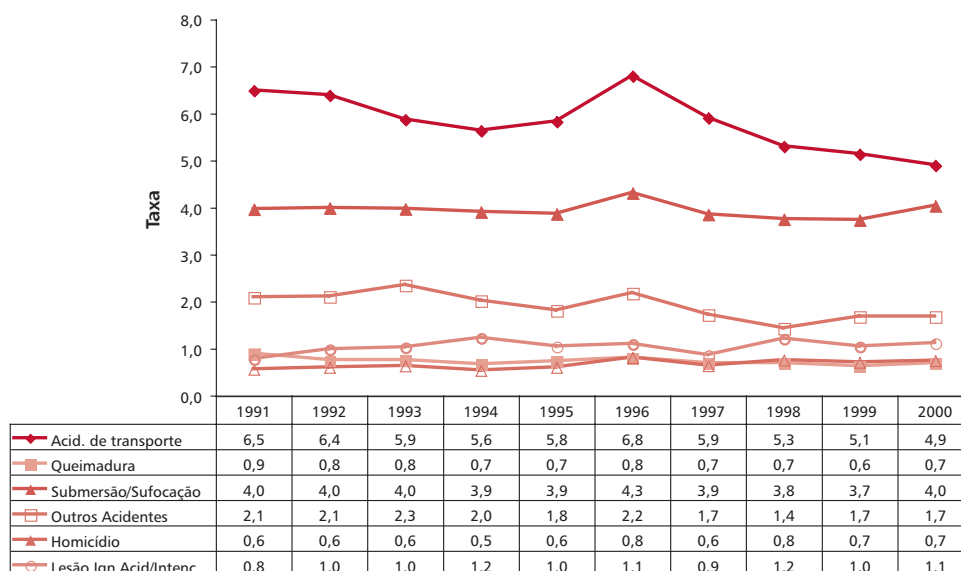
No gráfico 2, pode-se verificar a distribuição dos óbitos segundo sexo no ano 2000. Há no País uma discreta diferenciação entre a possibilidade de morrer por causas externas segundo o sexo (1,3 menino: 1 menina): para cada mil mortes 0,4 são de meninos e 0,3 são de meninas. Apenas no caso dos homicídios a razão de sexo é exatamente igual. Em números absolutos, destaca-se que no ano 2000 morreram 700 garotos e 522 garotas menores de 1 ano por causas externas.

A mortalidade de crianças de 1 a 9 anos por todas as causas foi se reduzindo ao longo da década de 90, passando de 71,3 por cem mil habitantes em 1991 para 56 em 2000, o que se deve sobretudo à queda das doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias, além de um leve decréscimo dos acidentes e das violências.

As violências e os acidentes se destacam em toda a década de 90 como a principal causa de óbito, atingindo 46.281 crianças no período, equivalendo a cerca de 13 crianças mortas a cada dia ao longo de dez anos. Embora houvesse uma leve queda na taxa, de 15,8 para 14,1 por cem mil habitantes na década, os números da violência que vitimam crianças são muitos elevados: no ano 2000 morreram 4.198 entre 1 e 9 anos.

Gráfico 3

Mortalidade de crianças de 1 a 9 anos por principais tipos de Causas Externas. Brasil, 1991 a 2000



Entretanto, a taxa brasileira de mortalidade registra importantes diferenças regionais. No ano 2000, três capitais se destacaram pelas mais elevadas taxas de mortes de crianças dessa faixa etária: Palmas/TO (46,9 por cem mil), Rio Branco/AC e Porto Velho/RO (37,1 e 30,5, respectivamente). No extremo oposto, estão Vitória/ES e Belém/PA, com taxas de 7,9 por cem mil.

No gráfico 3, observam-se as taxas de mortalidade segundo os principais tipos de violências e acidentes na década de 90. Conforme verificado, as mortes decorrentes de acidentes de transporte e submersão e sufocação preponderam, seguidas pelos outros, em sua maioria não especificados, decorrentes de exposição a corrente elétrica, a irradiação e a forças mecânicas inanimadas. No período houve 2.242 óbitos por queimaduras.

O gráfico 3 mostra uma visível tendência de declínio dos acidentes de transporte na década, com as taxas caindo de 6,5 para 4,9 por cem mil habitantes. Foram 17.855 mortes de crianças ao longo dos dez anos, com cinco mortes diárias na faixa etária de 1 a 9 anos de idade.

Ilustram-se os principais tipos de acidentes de transporte ocorridos na década pelos dados de 1998: dentre as 1.580 mortes no grupo de 1 a 9 anos por acidentes de transporte, 57,2% foram de pedestres e 10,9% de ocupantes de veículo automotor, especialmente carros de passeio. Diversos autores confirmam que entre as crianças traumatizadas por acidentes de transporte há predomínio de atropelamentos. Morrem mais meninos que meninas (BASSO, 2000; RAMENOFKY, 1984).

Os óbitos por submersão e sufocação se mantiveram estáveis na faixa de 1 a 9 anos durante a década de 90 (taxas em torno de 4 por cem mil), somando-se 12.064 o que corresponde a 3,3 crianças mortas diariamente. Discriminando-se melhor a causa desses óbitos, verifica-se que elas se distinguem das que ocorrem entre menores de 1 ano. Tomando-se como exemplo os tipos de submersão e sufocação especificados no ano de 1998, observa-se a predominância desses eventos entre as crianças mais velhas (86% dos 1.119 óbitos); 7,2% das mortes se deveram a inalação ou a ingestão de conteúdo gástrico, alimentos ou objetos; 2,1%, ocorreram em consequência de desmorações e 0,6%, de estrangulamentos ou sufocações acidentais. Provavelmente, a maior autonomia infantil e o contato com grandes coleções de água respondem pela mudança do perfil. Todavia, permanece a questão da invisibilidade e da dificuldade no estabelecimento de limites entre acidentes, negligência e maus-tratos.

Na década de 90, morreram 2.013 crianças brasileiras na faixa de 1 a 9 anos por homicídios. Houve um aumento durante o período: 172 mortes (taxa de 0,6 por cem mil) em 1991 e 220 (taxa de 0,7 por cem mil) em 2000. As armas de fogo são o meio mais comumente utilizado pelos agressores: no início do período, elas eram o dispositivo usado em 38% dos homicídios das crianças dessa faixa etária e em 48% em 2000. Outros meios também registrados para a morte de crianças são os objetos cortantes e penetrantes. Outros óbitos ocorreram por estrangulamentos, ataques com fogo e chamas e maus-tratos e negligências. No conjunto só foram notificados seis casos de homicídio por maus-tratos em 1991 e 13 em 2000, contrariando a relevância dada pela literatura nacional existente sobre o tema. É muito relevante que os gestores de saúde e técnicos estejam atentos para a subnotificação ou os mascaramentos das causas e dos meios usados para o cometimento de homicídios de crianças. Do total de meninos e meninas nessa faixa etária, 3.202 crianças vieram a falecer no período por lesões cuja accidentalidade ou intencionalidade são desconhecidas, evidenciando-se a subestimação das informações.

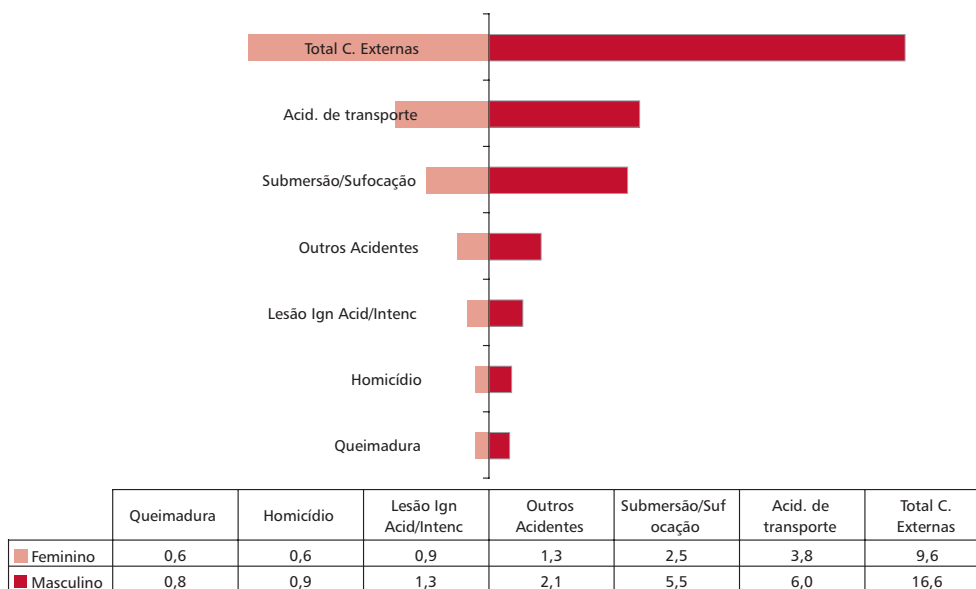
Trabalho realizado em creches da rede pública municipal do Município de São Paulo, entre 1995 e 1999 (VICO, 2001), abordou as mortes de crianças de 0 e 6 anos matriculadas nos estabelecimentos. A pesquisa evidencia o tênue limite entre acidentes e violências na infância. Detalhes como o fato de que nas mortes por queimaduras ou por quedas de janelas não havia nenhum adulto na moradia no momento do acidente, falam muito mais alto do que a crueza dos números. Do total de 223 crianças mortas no período, 13,5% foram vítimas de acidentes e violências.

No gráfico 4, é possível visualizar as taxas de mortalidade por acidentes e violências de crianças entre 1 e 9 anos, segundo o sexo.

A sobremortalidade masculina nessa faixa etária é significativa: no ano 2000, a razão de óbitos dos meninos era de 1,7 em relação às meninas.

Gráfico 4

Mortalidade de crianças de 1 a 9 anos por Causas Externas e principais tipos de segundo sexo.
Brasil, 1991 a 2000



Buscou-se, neste trabalho, aferir a associação entre a mortalidade de crianças entre 1 e 9 anos de idade por causas externas nas capitais brasileiras no ano 2000 e indicadores que avaliam o nível socioeconômico. Efetua-se uma análise por meio do coeficiente de correlação de Pearson (nível de significância de 5%). Optou-se pela faixa etária mais velha por ser nela que a mortalidade por acidentes e violências se expressa de forma mais evidente.

Observa-se correlação significativa com alguns importantes indicadores. As capitais com maiores taxas de mortalidade de crianças por acidentes e violências são aquelas que possuem menores taxas de esperança de vida ao nascer, pior grau de urbanização, menor renda per capita familiar, média mais baixa de anos de estudo e pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), especialmente quando se correlacionam longevidade e renda. Observa-se, também, correlação entre as cidades com mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas e as que têm maior percentual de domicílios com mais de duas pessoas e maior razão de dependência (maior percentual de pessoas abaixo de 15 anos e acima de 64 anos).

4. Morbidade por violência e seu custo econômico

A mortalidade por causas externas reflete apenas a superfície de um iceberg. Os acidentes e as violências não fatais respondem pela parte menos visível e numericamente mais significativa. Embora não se conheça exatamente o montante dessa diferença, no que se refere à violência contra crianças e adolescentes, um estudo específico realizado nos EUA (BARANCIK; CRAMER, 1985) sugere que, para cada morte por traumas, ocorreriam 45 hospitalizações, 1.300 seriam atendidos em serviços de emergência e 2.600 dariam entrada em ambulatórios ou seriam tratados em casa.

No Brasil, houve 5.452 mortes infantis até 9 anos decorrentes de acidentes e violências no ano 2000. A única estatística de morbidade por causas externas disponível no País refere

um total de 95.542 crianças (de 0 a 9 anos) internadas, por esse motivo, na rede própria ou conveniada ao Sistema Único de Saúde (excetuando-se o atendimento de emergência hospitalar) no ano 2000. Esse dado é parcial pois exclui todas as consultas ambulatoriais realizadas nos serviços públicos, além de todos os atendimentos efetuados em rede privada. Considerando-se as informações existentes, para cada morte de crianças, por causas externas, há cerca de 18 internações hospitalares no SUS, excluídos os atendimentos emergenciais.

A taxa de internação de menores de 1 ano por acidentes e violências foi de 2,1‰ no ano 2000, gerando um custo total de R\$ 3.127.800,70. Um estudo sobre morbimortalidade hospitalar realizado em 1986, em Ribeirão Preto/SP, cidade de elevado padrão socioeconômico, encontrou coeficiente mais elevado, correspondendo a 5,6 internações de crianças menores de 1 ano por mil habitantes, incluindo-se a rede pública e a privada (REZENDE, 1990).

A taxa de internação por causas externas na faixa de 1 a 9 anos é mais elevada, 3‰, originando um custo total de R\$ 32.171.316,94. Contudo, as crianças mais novas permaneceram em média 5,2 dias internadas, enquanto o grupo com mais idade ficou hospitalizado, em média, cerca de 3,8 dias. Algumas capitais se destacam quanto ao número de internações: Vitória/ES teve o maior tempo de permanência com a média de 14,4 dias para menores de 1 ano e 10,8 para os de 1 a 9 anos. Campo Grande/MS teve padrão similar com 9,2 dias para menores de 1 ano. Palmas/TO tem perfil oposto: apresenta a média de 3 e 1,7 dias, respectivamente. A qualidade da informação em cada município, a diversidade dos subgrupos de causas e a gravidade das lesões contribuem para essas diferenças regionais, como já dito reiteradamente.

Os meninos menores de 1 ano nas capitais brasileiras ficam mais tempo internados que as meninas dessa idade (5,1 dias versus 4,8). Na fase de 1 a 9 anos, o tempo médio de permanência no hospital é similar, 4,2 e 4,1 dias, respectivamente. A taxa de mortalidade hospitalar é maior entre crianças menores de 1 ano do que entre as mais velhas (2,4 óbitos por cem internações contra 0,7). Recife/PE e Maceió/AL possuem taxas preocupantes: 11,1 e 15,4 mortes em menores de 1 ano por cem internações, respectivamente. Cuiabá/MT lidera o grupo com 16,7 mortes por cem internações.

O custo médio das internações por acidentes e violências é maior entre as crianças mais novas. Duas capitais se distanciam das demais pelo elevado custo dos tratamentos, especialmente entre menores de 1 ano: Vitória/ES (R\$ 1.289,23) e Campo Grande/MS (R\$ 1.198,46). Ambas apresentam elevado tempo médio de permanência hospitalar. Boa Vista/RR, no oposto, contabiliza o menor custo, para o mesmo grupo: R\$ 234,09. Na faixa entre 1 e 9 anos, o custo nas capitais oscila entre R\$ 219,80 (São Luís/MA) e R\$ 953,88 (Vitória/ES).

Os dados de internação hospitalar nos serviços públicos brasileiros permitem análises limitadas sobre o custo social e econômico do adoecer. Estudos com crianças hospitalizadas vêm demonstrando que as desigualdades sociais, epidemiológicas e assistenciais distinguem a qualidade dos atendimentos (FOSTER, 1984; ROCHA, 1981). Barros (1981) constatou que crianças não-pagantes da rede hospitalar de Ribeirão Preto/SP, no ano de 1981, morriam três vezes mais que as internadas em rede particular de saúde.

A multiplicidade e a contundência de tantos dados estatísticos não são capazes de dimensionar o sofrimento humano, a dor moral e física da discriminação, sentida e vivida por crianças mais pobres. A frieza das estatísticas não permite avaliar claramente a experiência de não ter o que comer, o que vestir, de não ter acesso a escolas

de qualidade e de ter negado até o direito de brincar. Milhares delas convivem com a precariedade dos cuidados à saúde e o desemprego dos pais, atingindo sua auto-estima, dignidade e cidadania. Muitas meninas e meninos são submetidos precocemente a jornadas de trabalho extenuantes, o que lhes rouba a infância. E, no limite da tolerância humana, outras são exploradas como objetos sexuais.

5. Iniciativas para o enfrentamento da violência contra crianças

Nesta seção se apresentam algumas iniciativas de enfrentamento de vários problemas descritos acima. Destacam-se as que tratam da formulação de políticas e orientação de ações no âmbito nacional ou macrorregional. Essa opção possui limitações, uma vez que não se contemplam as experiências locais, existentes em grande número em muitos municípios, produzindo efeitos favoráveis à cidadania das crianças. A opção pelo recorte das formulações não prescinde da compreensão de que o enfrentamento da violência contra a criança só pode ser feito se a sociedade reunir múltiplos esforços, congregando setores e criando redes de atenção, principalmente em âmbito local.

A área de Saúde tem sido um setor bastante sensível e importante nas suas propostas de ação. Tem produzido, nos últimos anos, agendas de trabalho e programas, além de estar presente nas articulações com outros setores governamentais e da sociedade em geral. Em 2001, com apoio de vários pesquisadores e profissionais que atuam na prática assistencial, foi lançada, oficialmente, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Apoiando-se na perspectiva de promoção de ambientes seguros e da qualidade de vida, propõe também ampla articulação interna do setor para o atendimento das vítimas, para o monitoramento das situações de risco, para a capacitação dos profissionais e para o apoio ao desenvolvimento de pesquisas (BRASIL, 2001).

No ano seguinte, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, 2002), também com o apoio de especialistas, lançou duas importantes publicações. O primeiro é um guia teórico-prático (Violência Intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço) oferecendo instrumentos para capacitar e apoiar os profissionais que atuam nos serviços. O segundo, intitulado Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde. Um Passo a mais na Cidadania em Saúde, ratificando o que determina o Estatuto da Criança e do Adolescente, tornou compulsória para toda a rede de saúde, a notificação aos conselhos tutelares e às Secretarias Municipais de Saúde quaisquer formas de violências contra crianças e adolescentes. Essa diretriz, quando devidamente implementada, tem permitido uma intensificação da assistência e dos registros de base nacional dos casos de maus-tratos.

Outra atuação de âmbito nacional tem sido a Campanha Nacional de Prevenção a Acidentes e Violências na Infância e Adolescência promovida, de forma contínua desde 1998, pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Tal iniciativa tem visado a sensibilizar e a informar a sociedade, a capacitar pediatras e demais profissionais de saúde que assistem crianças e adolescentes sobre a prevenção das causas externas. O período de 1998 a 2000 teve como eixo de sensibilização, a prevenção dos acidentes, sintetizado no lema acidentes são evitáveis, fique por perto. No período seguinte foi trabalhado o eixo da violência, a partir do mote publicitário Violência é covardia. As marcas ficam na sociedade. Nesse percurso, foram publicados dois importantes documentos. O primeiro intitulado Passaporte para a Segurança e o segundo, realizado em parceria com o Ministério da Justiça, Ministério da Saúde e

Fundação Oswaldo Cruz, denominado Guia de Atuação Frente aos Maus-Tratos na Infância e na Adolescência, distribuído para todos os pediatras do País e demais profissionais da área da Saúde. Essa campanha, por sempre acompanhada de orientações, seminários e outras formas de sensibilização, tem tido grande êxito em todos os estados onde existe a contribuição imprescindível das sociedades regionais de pediatria.

A despeito dos esforços nacionais para enfrentar o problema da violência familiar, há ainda um longo caminho a ser percorrido. No País, há uma lacuna significativa quanto ao foco da atenção, que ainda recai mais sobre a criança e menos sobre o núcleo familiar. A família costuma ser compreendida apenas como a mãe, mais presente durante os atendimentos dos serviços de saúde. Mesmo nesses casos, a intervenção com foco sobre a mãe, costuma ter uma atenção apenas social ou jurídica.

Estudos longitudinais vêm comprovando que programas de prevenção efetuados para famílias na fase de pré-natal, pós-natal e primeira infância dos filhos mostram os melhores resultados não apenas para a redução da violência nesse âmbito, mas também para a redução de comportamento anti-social e de desordens de conduta na adolescência, para a melhoria da qualidade de cuidado dos pais com os filhos e para a integração da família à comunidade mais ampla e à sociedade. Programas com esse foco pretendem atingir a família como um todo, costumam ter caráter extensivo e continuado e mostram melhor custo-benefício até duas décadas depois que as ações de prevenção tenham sido realizadas. Os mais bem-sucedidos são os que incluem visitas domiciliares associadas a programas pré-escolares (SCHERMAN, 1998; NUTTAL et al., 1998).

Hoje no Brasil, desenvolvem-se ações de proteção infantil e de prevenção de maus-tratos semelhantes às que são produzidas há décadas nos países com maior grau de desenvolvimento econômico. Contudo, o escopo de atuação ainda está localizado em cidades de maior urbanização; a abrangência ainda é restrita e voltada para pequena parcela da população de menor poder aquisitivo; o grau de amadurecimento ainda é muito preliminar; a avaliação dos programas é praticamente inexistente; e a consciência social sobre prevenção em nível familiar ainda é incipiente. Uma outra grande distinção nacional é a severa lacuna da atuação em rede, sendo comum a ausência de integração entre as instituições e os serviços de atendimento.

Um importante programa existente no Brasil promete ser muito efetivo no enfrentamento da violência durante a infância: o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1993 pelo Ministério da Saúde e que hoje atende a 13 milhões de pessoas em seus locais de moradia (AMPLIAÇÃO..., 2004). Essa proposta toma a família, e não o indivíduo, como a referência para as práticas de saúde, intervindo ativa e preventivamente num enfoque comunitário. Propõe-se a mudar o modelo hospitalocêntrico vigente ainda no País. Embora a equipe, composta por médicos, enfermeiros e agentes comunitários, esteja em contato muito próximo com as famílias, há ainda muitas dificuldades para lidar com a questão da violência nesse âmbito, exigindo-se uma formação orientada para esse problema (CAVALCANTI, 2002).

Alguns outros serviços nacionais atendem a população em elevado risco social e as vítimas de violência e também efetuam visitas domiciliares. Entretanto, muitas vezes, essas visitas são mais um artifício para coleta e troca de informações do que um programa efetivamente voltado para mudança de hábitos e comportamentos familiares.

Um estudo que investigou as estratégias de atendimento empregadas por dez serviços brasileiros de atenção às famílias em situação de violência ressaltou que a recorrência do atendimento domiciliar e comunitário é ainda incipiente no País, a despeito das muitas vantagens dessa estratégia que permite conhecer o cotidiano da família, provendo uma intervenção mais sistêmica (DESLANDES; ASSIS, 2003).

Várias experiências internacionais ocorridas na última década, especialmente na Europa e EUA, destacam a importância do atendimento ao grupo familiar e promover o seu empoderamento, estimulando as capacidades nele existentes. Há uma constatação de que os pais têm capacidade para identificar o que é melhor para a família, respeitando e apoiando os valores dessa instituição, promovendo sua auto-estima e o resgate ou mesmo a construção do seu papel protetor e cuidador. Essa forma de atuação tem sido, aos poucos, incorporada por vários serviços nacionais, embora ainda de forma dispersa e desigual (DESLANDES; ASSIS, 2003).

Cabe lembrar que as várias formas de atendimento de saúde oferecido às crianças vítimas de violências e suas famílias precisam de uma integração com a atenção jurídica, especialmente com as promotorias públicas, delegacias especializadas, varas da justiça, conselhos tutelares ou mesmo instituições ligadas às universidades que prestam serviço de advocacia. A articulação com instituições de assistência social voltadas para o acompanhamento e adoção de crianças abrigadas ou para a inserção das crianças em famílias acolhedoras e guardiãs também são essenciais. Programas sociais de geração de renda, tais como o Bolsa Família, Bolsa Escola ou Primeiro Emprego, também são estratégias que devem ser levadas em consideração quando se trata de apoiar as famílias vítimas de violência e em situação de vulnerabilidade social.

O movimento pela eliminação do trabalho infantil teve importante marco em 1994 quando foi fundado, no País, o Fórum pela Erradicação do Trabalho Infantil, reunindo órgãos internacionais como o Fundo das Nações Unidas (Unicef) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), além de outras 46 organizações intra-governamentais (ministérios da Justiça, da Educação, da Saúde, do Trabalho, das Relações Exteriores) e dezenas de não-governamentais (dentre elas, o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente). Esse fórum lançou, em 2000, o documento Diretrizes para a Formulação de uma Política Nacional de Combate ao Trabalho Infantil em que consolida orientações para atuação em todo o País e a serem implantadas também pelos países que ratificam as Convenções Internacionais da OIT de números 138 (sobre idade mínima para admissão em emprego) e 182 (que proscree as piores formas de trabalho infantil).

A política nacional ancora-se em seis diretrizes (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2000): 1) integração e sistematização de dados sobre o trabalho infantil (sugestão para o desenvolvimento de linhas de pesquisas, metodologias e a qualificação do registro); 2) análise do arcabouço jurídico relativo ao trabalho infantil (divulgação dos direitos da criança e dos adolescentes, aperfeiçoamento da legislação nesse sentido, denúncia quando os direitos são violados); 3) promoção da articulação institucional quadripartite (proposição de uma ação conjunta entre governo, organizações de trabalhadores, de empregadores e organizações não-governamentais); 4) garantia de escola pública gratuita e de qualidade para todas as crianças e adolescentes (considerado um dos eixos centrais para a erradicação do trabalho infantil); 5) implementação dos efetivos de controle e fiscalização do trabalho infantil (articulação entre Ministério Público, entidades sindi-

cais e Ministério do Trabalho com os Grupos Especiais de Combate ao Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente/Gectipas), atuantes em cada estado da federação; 6) melhoria da renda familiar e promoção do desenvolvimento local integrado e sustentável (sugestão de iniciativas, tais como microcrédito, crédito popular, acesso a terra, valorização do trabalho no campo, incentivo a empreendimentos associativos, programas de renda mínima e de bolsa escola, geração de alternativas de ocupação e de mercado.

Criado em 1996, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) atende crianças e adolescentes na faixa etária compreendida entre 7 e 15 anos em atividades descritas na categoria de trabalho infantil perigoso, penoso, insalubre ou degradante. As famílias em que há crianças trabalhando, tanto em área urbana como rural, têm direito a uma bolsa mensal que propicia um mínimo de condições de sobrevivência. A idéia é apoiá-las para que abram mão do salário ou da remuneração infantil e coloquem os filhos na escola e participem de programas de promoção. Segundo dados oficiais, desde a implantação foram atendidas 810 mil crianças, em 2.601 cidades de todo o País (BRASIL, 2004b).

Propostas como estas têm um grande potencial de impacto em curto prazo na realidade local, sendo essencial que não haja descontinuidades do repasse de tais verbas às famílias, sob pena das crianças retornarem às jornadas anteriormente abandonadas. Isso envolveria um agravante simbólico adicional, pois saberiam que estão perdendo mais uma vez o direito básico à escola, à alimentação e à própria infância. Contudo, tais valiosas iniciativas não podem prescindir das mudanças estruturais, viabilizadas por políticas e modelos de integração e valorização do trabalho rural, de garantia ao direito da terra e de geração de renda e emprego para as famílias em situação de pobreza.

Como respostas da sociedade brasileira à forma vil de exploração do trabalho infantil sob a face da exploração sexual comercial e às outras situações de violência sexual, destaca-se o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil e a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da exploração Sexual. Na década de 90, assinala-se importante mobilização social em torno da defesa dos direitos de crianças e adolescentes e do repúdio à violência sexual (sob as formas da exploração sexual infanto-juvenil e do abuso sexual familiar e extrafamiliar). O Plano Nacional veio atender ao compromisso do governo brasileiro com a agenda do I Congresso Mundial Contra Exploração Sexual Comercial de Crianças, realizado em Estocolmo. Promulgado em 2002, esse documento contou, para sua elaboração, com a participação de 130 instituições governamentais e não-governamentais, num amplo arco de alianças.

O plano apresenta seis eixos estratégicos (BRASIL, 2002a): 1) análise da situação; 2) mobilização e articulação (fortalecer as articulações existentes da sociedade civil e governos para o combate à violência sexual; 3) defesa e responsabilização (atualização da legislação sobre crimes sexuais; expansão da rede jurídico-policial); 4) atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas; 5) prevenção; 6) fortalecimento do protagonismo juvenil. Foi instituído também pelo plano um fórum nacional a fim de monitorar e avaliar as ações desenvolvidas. O Conselho Nacional dos Direitos da Infância e Adolescência e os Conselhos Municipais e Estaduais de Direitos são as instâncias centrais de deliberação, controle e acompanhamento.

Em junho de 2003, foi instaurada a CPMI da Exploração Sexual, com o papel de apurar fatos e denúncias, bem como de divulgar e conscientizar a sociedade sobre o problema. Sua duração prevista é de um ano (até junho de 2004), já tendo percorrido mais de 14 estados. Apenas nos cinco meses iniciais de investigação, recebeu, em 2003, 600 denúncias de todo o País. Apresenta como frentes de atuação a investigação e a repressão às redes de exploração sexual, a criação de leis mais atualizadas sobre o problema, bem como a promoção da conscientização pública por meio de eventos e campanhas.

Todas as importantes iniciativas mencionadas agregam a mobilização de centenas de organizações (governamentais e não-governamentais, nacionais e estrangeiras) e de milhares de indivíduos que buscam construir uma sociedade com justiça social e que respeite os direitos de crianças e adolescentes. O País registra avanços nas leis, nas normas, nas diretrizes. Mas, é de conhecimento geral que toda e qualquer política para não ficar restrita ao papel e para que se torne realidade depende da fina alquimia entre pressão popular e internacional, vontade política, conscientização e mobilização social. E não menos importante, precisa contar, de forma imprescindível, com o engajamento dos profissionais e técnicos que atuam como servidores públicos ou como membros de outros tipos de organização.

Agradecimento: Dra. Rachel Niskier, pela gentileza na busca das estatísticas.

Referências Bibliográficas

AMPAMPLIAÇÃO do Programa saúde da família. In: *O SETOR em notícias*. Disponível em: <http://www.hospitalar.com/arquivo_not/not1020.html>. Acesso em: 21 fev. 2004.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 163-198.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. *Labirinto de espelhos: a formação da auto-estima na adolescência*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

BARANCIK, J. I.; CRAMER, C. F. Northeastern Ohio trauma study: overview and issues. *Public Health Report*, v. 100, p. 563-565, 1985.

BARROS, M. B. A. Morbidade e mortalidade hospitalar de crianças menores de um ano em Ribeirão Preto/SP - 1975. *Revista de Saúde Pública*, v. 15, p. 308-320, 1981.

BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, p. 142-149, 2001.

BASSO, M. R. *Acidentes de transporte terrestre em Londrina: análise das vítimas menores de 15 anos*. Dissertação (Mestrado em Medicina)–Departamento de Medicina Interna, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

BRASIL. Ministério da Assistência e Promoção Social. *Trajetória do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil*. [S.l.], 2004b. Disponível em: <<http://www.assistenciasocial.gov.br>>. Acesso em: 12 fev. 2004.

———. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.o 737 de 16/05/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 96, Seção 1E, 18 maio, 2001.

———. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília, 2001a.

———. Ministério da Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília, 2002.

———. Ministério da Saúde. *Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil*. Brasília, 2002a.

———. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *In-*

formações de saúde: estatísticas vitais. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2004.

— — —. Ministério da Justiça. *Direitos humanos*. Disponível em: <<http://www2.mj.gov.br/sipia>>. Acesso em: 01 mar. 2004a.

CARDIA, N. *Pesquisa sobre atitudes, normas culturais e valores em relação a violência em 10 capitais brasileiras*. Brasília: Ministério da Justiça/Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 1999.

CAVALCANTI, M. L. *A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades*. Tese (Doutorado)–Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CENTEVILLE, M. Incidência e tipos mais freqüentes de castigos aplicados pelos pais ou responsáveis a escolares da cidade de Campinas. *Pediatria Moderna*, v. 33, p. 99-105, 1997.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CONANDA). *Diretrizes para Formação de uma Política Nacional de Combate ao Trabalho Infantil*. Brasília, 2000.

COSTA, M. C. N.; PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, p. 555-567, 2001.

COSTA, M. C. N. et al. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, p. 399-706, 2003.

DESLANDES, S. F. *Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

DESLANDES, S. F.; SILVA, C. M. F. P. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, p. 367-372, 2000.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. (Coord.). *Famílias - parceiras ou usuárias eventuais?: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: UNICEF/FIOCRUZ/CLAVES, 2003. Relatório de pesquisa.

FOSTER, A. C. *Hospitalizações e classes sociais*. Tese (Doutorado em Medicina Social)–Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 1984.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *A infância brasileira nos anos 90*. Brasília, 1998.

— — —. *Situação mundial da infância*, 2001. Brasília: UNICEF, 2001.

- — —. *Situação mundial da infância*, 2003. Brasília: UNICEF, 2003.
- — —. *Acesso e permanência para todos no ensino fundamental de qualidade*. Brasília, [20--?]. Folheto.
- GOMES, P. S. *O que é a CPMI da Exploração Sexual*. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/web/senador/PatriciaSaboyaGomes>>. Acesso em: 11 fev. 2004.
- GONÇALVES, H. S. *Infância e violência no Brasil*. Rio de Janeiro: FAPERJ/NAU, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Crianças e adolescentes: indicadores sociais*. Rio de Janeiro, 1989.
- — —. Trabalho Infantil. In: PESQUISA Nacional por Amostra de Domicílios-2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 fev. 2004.
- JORGE, M. H. P. MELLO. *Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violências na infância*. Tese (Livre Docência)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.
- KRUG E. G. et al. *Relatório Mundial sobre violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.
- LEAL, M. L.; LEAL, M. F. *Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial–PESTRAF*. Brasília: CECRIA, 2002.
- MACIEL, W. Acidentes domésticos. In: WAKSMAN, R. D.; GIKAA, R. M. C. (Org.). *Segurança na Infância e Adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 41-46.
- — —. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. *Revista de Saúde Pública*, v. 24, p. 217-23, 1990.
- NUTTAL, C.; GOLDBLATT, P.; LEWIS C. *Reducing offending: an assessment of research on ways of dealing with offending behavior*. London: Home Office, 1998.
- OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra: Brasil, ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- OLIVEIRA, A. C. *Análise do processo de notificação compulsória de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes no âmbito da SES/RJ – 2000 a 2002*. Rio de Janeiro, 2004. Mimeografado.
- PIRITO, R. M. B. K.; WAKSMAN, R. D. Trânsito e transporte. In: WAKSMAN, R. D.; GIKAA, R. M. C. (Org.). *Segurança na infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 97-112
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD); INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA (IPEA). *Atlas do desenvolvimento humano no Brasil*. [S.l.]:PNUD/IPEA, 2003.

- RAMENOFSKY, M. L. Maximum survival in pediatric trauma: the ideal system. *J. Trauma*, [S.l.], v. 24, p. 818-823, 1984.
- REZENDE, C. H. A. *Estudo da morbimortalidade hospitalar de crianças menores de um ano*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)– Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.
- ROBERTS, I.; DIGIUSEPPI, C. Injury prevention. *Arch. Dis. Child.*, London, v. 81, p. 200-201, 1999.
- ROCHA, J. S. YAZLLE. Padrões de morbidade hospitalar: considerações para uma política de assistência médico-hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 14, p. 58-64, 1981.
- ROCHA, S. *Pobreza no Brasil: afinal do que se trata?*. Rio de Janeiro: FGV, 2003.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP); BRASIL. Ministério da Justiça; BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. *Guia de atuação frente aos maus-tratos na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: SBP, 2000.
- SCHERMAN, L. W. *Prevention crime: what works, what doesn't, what's promising: a report to the United States Congress*. Washington: National Institute of Justice, 1998.
- SILVA, K. H. *Notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares: uma relação em construção*. Dissertação (Mestrado)–Instituto Fernandes Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- SILVA, M. R. *Trama doce-amarga: (exploração do) trabalho infantil e cultura lúdica*. Ijuí, SP: Unijuí, Hucitec, 2003.
- SIMÕES, C.C. Transição da mortalidade e condicionantes da mortalidade infantil. In: PERNAMBUCO (Governo). Secretaria de Estado da Saúde. *Mortalidade infantil em Pernambuco 1980-1991: geografia, magnitude e significados*. Recife, 1996.
- SOUZA, E.R. *Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias/Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- VICO, E. S. R. *Estudo da mortalidade de crianças usuárias de creches no município de São Paulo*. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo, São Paulo, 2001.
- VICTORA, C. G.; GRASSI, P. R.; SCHMIDT, A. M. Situação de saúde da criança em área da região sul do Brasil, 1980-1992: tendências temporais e distribuição espacial. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 28, p. 423-432, 1994.

Anexo 2

Tabela 9. Mortalidade de crianças por causas externas, segundo faixas etárias. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Menor 1 ano | | | 1 a 9 anos | | |
|----------------|-------------|------|-------|------------|------|--------|
| | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa** |
| Porto Velho | 2 | 0,7 | 0,3 | 21 | 2,3 | 30,5 |
| Rio Branco | 3 | 1,0 | 0,5 | 20 | 2,2 | 37,1 |
| Manaus | 5 | 1,7 | 0,1 | 66 | 7,2 | 22,9 |
| Boa Vista | 2 | 0,7 | 0,4 | 13 | 1,4 | 28,9 |
| Belém | 4 | 1,4 | 0,2 | 17 | 1,9 | 7,9 |
| Macapá | 3 | 1,0 | 0,4 | 19 | 2,1 | 29,4 |
| Palmas | 0 | 0,0 | 0,0 | 13 | 1,4 | 46,9 |
| São Luís | 6 | 2,0 | 0,4 | 29 | 3,2 | 19,3 |
| Teresina | 3 | 1,0 | 0,2 | 22 | 2,4 | 17,9 |
| Fortaleza | 9 | 3,1 | 0,2 | 41 | 4,5 | 11,1 |
| Natal | 3 | 1,0 | 0,2 | 20 | 2,2 | 17,2 |
| João Pessoa | 3 | 1,0 | 0,3 | 10 | 1,1 | 10,4 |
| Recife | 11 | 3,7 | 0,5 | 29 | 3,2 | 13,4 |
| Maceió | 3 | 1,0 | 0,2 | 28 | 3,1 | 19,4 |
| Aracaju | 2 | 0,7 | 0,2 | 14 | 1,5 | 19,0 |
| Salvador | 13 | 4,4 | 0,3 | 55 | 6,0 | 14,8 |
| Belo Horizonte | 14 | 4,8 | 0,4 | 41 | 4,5 | 12,9 |
| Vitória | 0 | 0,0 | 0,0 | 3 | 0,3 | 7,4 |
| Rio de Janeiro | 38 | 12,9 | 0,4 | 82 | 9,0 | 10,3 |
| São Paulo | 81 | 27,6 | 0,5 | 165 | 18,1 | 10,8 |
| Curitiba | 31 | 10,5 | 1,2 | 34 | 3,7 | 14,5 |
| Florianópolis | 3 | 1,0 | 0,6 | 6 | 0,7 | 12,7 |
| Porto Alegre | 21 | 7,1 | 1,0 | 27 | 3,0 | 14,6 |
| Campo Grande | 3 | 1,0 | 0,3 | 18 | 2,0 | 16,2 |
| Cuiabá | 3 | 1,0 | 0,4 | 22 | 2,4 | 27,2 |
| Goiânia | 2 | 0,7 | 0,1 | 28 | 3,1 | 17,1 |
| Brasília | 26 | 8,8 | 0,6 | 71 | 7,8 | 20,2 |

(*) Taxa de mortalidade por mil habitantes.

(**) Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 10. Mortalidade de crianças por causas externas, segundo sexo e faixas etárias. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Masculino | | | | | | | | | | Feminino | | | | | | | | | |
|----------------|-------------|------|---------------------|----|---------------------|----------|----|---------------------|-----|---------------------|-------------|------|---------------------|----|---|---------------------|--|--|--|--|
| | Menor 1 ano | | | | | 1-9 anos | | | | | Menor 1 ano | | | | | 1-9 anos | | | | |
| | Nº | % | Taxa ⁽¹⁾ | Nº | Taxa ⁽²⁾ | Nº | % | Taxa ⁽²⁾ | Nº | Taxa ⁽³⁾ | Nº | % | Taxa ⁽³⁾ | Nº | % | Taxa ⁽⁴⁾ | | | | |
| Porto Velho | 0 | 0,0 | 0,0 | 13 | 2,3 | 37,1 | 1 | 0,8 | 0,3 | 8 | 2,3 | 23,6 | | | | | | | | |
| Rio Branco | 3 | 1,7 | 1,0 | 14 | 2,4 | 51,8 | 0 | 0,0 | 0,0 | 6 | 1,8 | 22,4 | | | | | | | | |
| Manaus | 2 | 1,2 | 0,1 | 38 | 6,6 | 26,0 | 3 | 2,5 | 0,2 | 28 | 8,2 | 19,6 | | | | | | | | |
| Boa Vista | 1 | 0,6 | 0,4 | 9 | 1,6 | 39,3 | 1 | 0,8 | 0,4 | 4 | 1,2 | 18,1 | | | | | | | | |
| Belém | 1 | 0,6 | 0,1 | 9 | 1,6 | 8,2 | 3 | 2,5 | 0,3 | 8 | 2,3 | 7,5 | | | | | | | | |
| Macapá | 3 | 1,7 | 0,8 | 14 | 2,4 | 42,7 | 0 | 0,0 | 0,0 | 5 | 1,5 | 15,6 | | | | | | | | |
| Palmas | 0 | 0,0 | 0,0 | 6 | 1,0 | 42,5 | 0 | 0,0 | 0,0 | 7 | 2,0 | 51,4 | | | | | | | | |
| São Luís | 3 | 1,7 | 0,3 | 20 | 3,5 | 26,3 | 3 | 2,5 | 0,4 | 9 | 2,6 | 12,1 | | | | | | | | |
| Teresina | 1 | 0,6 | 0,1 | 13 | 2,3 | 20,9 | 2 | 1,7 | 0,3 | 9 | 2,6 | 14,9 | | | | | | | | |
| Fortaleza | 4 | 2,3 | 0,2 | 29 | 5,1 | 15,4 | 5 | 4,1 | 0,3 | 12 | 3,5 | 6,6 | | | | | | | | |
| Natal | 1 | 0,6 | 0,2 | 17 | 3,0 | 28,8 | 2 | 1,7 | 0,3 | 3 | 0,9 | 5,2 | | | | | | | | |
| João Pessoa | 1 | 0,6 | 0,2 | 7 | 1,2 | 14,4 | 2 | 1,7 | 0,4 | 3 | 0,9 | 6,4 | | | | | | | | |
| Recife | 7 | 4,1 | 0,6 | 17 | 3,0 | 15,4 | 4 | 3,3 | 0,3 | 12 | 3,5 | 11,3 | | | | | | | | |
| Maceió | 1 | 0,6 | 0,1 | 19 | 3,3 | 25,9 | 2 | 1,7 | 0,3 | 9 | 2,6 | 12,7 | | | | | | | | |
| Aracaju | 2 | 1,2 | 0,5 | 10 | 1,7 | 26,8 | 0 | 0,0 | 0,0 | 4 | 1,2 | 11,0 | | | | | | | | |
| Salvador | 5 | 2,9 | 0,2 | 34 | 5,9 | 17,9 | 8 | 6,6 | 0,4 | 21 | 6,1 | 11,5 | | | | | | | | |
| Belo Horizonte | 8 | 4,7 | 0,4 | 17 | 3,0 | 10,6 | 6 | 5,0 | 0,3 | 24 | 7,0 | 15,3 | | | | | | | | |
| Vitória | 0 | 0,0 | 0,0 | 3 | 0,5 | 14,5 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | | | | | | | | |
| Rio de Janeiro | 20 | 11,6 | 0,4 | 53 | 9,3 | 13,1 | 18 | 14,9 | 0,4 | 29 | 8,5 | 7,4 | | | | | | | | |
| São Paulo | 52 | 30,2 | 0,6 | 97 | 17,0 | 12,5 | 29 | 24,0 | 0,3 | 68 | 19,9 | 9,0 | | | | | | | | |
| Curitiba | 23 | 13,4 | 1,8 | 19 | 3,3 | 15,9 | 8 | 6,6 | 0,6 | 15 | 4,4 | 13,1 | | | | | | | | |
| Florianópolis | 1 | 0,6 | 0,4 | 3 | 0,5 | 12,5 | 2 | 1,7 | 0,8 | 3 | 0,9 | 12,9 | | | | | | | | |
| Porto Alegre | 12 | 7,0 | 1,1 | 18 | 3,1 | 19,1 | 9 | 7,4 | 0,9 | 9 | 2,6 | 9,9 | | | | | | | | |
| Campo Grande | 3 | 1,7 | 0,5 | 10 | 1,7 | 17,7 | 0 | 0,0 | 0,0 | 8 | 2,3 | 14,6 | | | | | | | | |
| Cuiabá | 2 | 1,2 | 0,5 | 13 | 2,3 | 31,7 | 1 | 0,8 | 0,2 | 9 | 2,6 | 22,6 | | | | | | | | |
| Goiânia | 1 | 0,6 | 0,1 | 21 | 3,7 | 25,2 | 1 | 0,8 | 0,1 | 7 | 2,0 | 8,7 | | | | | | | | |
| Brasília | 15 | 8,7 | 0,7 | 49 | 8,6 | 27,6 | 11 | 9,1 | 0,5 | 22 | 6,4 | 12,7 | | | | | | | | |

(1) Taxa de mortalidade por mil homens.

(2) Taxa de mortalidade por cem mil homens.

(3) Taxa de mortalidade por mil mulheres.

(4) Taxa de mortalidade por cem mil mulheres.

Tabela 11. Mortalidade de crianças menores de 1 ano por causas externas específicas. Brasil, 1991 a 2000

| Causas Externas | 1991 | | 1992 | | 1993 | | 1994 | | 1995 | | 1996 | | 1997 | | 1998 | | 1999 | | 2000 | |
|--------------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* |
| Acidente de transporte | 103 | 0,0 | 124 | 0,0 | 146 | 0,0 | 122 | 0,0 | 151 | 0,0 | 156 | 0,1 | 168 | 0,1 | 138 | 0,0 | 144 | 0,0 | 91 | 0,0 |
| Envenenamento acidental | 7 | 0,0 | 16 | 0,0 | 17 | 0,0 | 6 | 0,0 | 6 | 0,0 | 4 | 0,0 | 8 | 0,0 | 10 | 0,0 | 4 | 0,0 | 10 | 0,0 |
| Prestação cuidados médicos | 3 | 0,0 | 4 | 0,0 | 4 | 0,0 | 5 | 0,0 | 7 | 0,0 | 1 | 0,0 | 6 | 0,0 | 1 | 0,0 | 2 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Complicações tardias | 10 | 0,0 | 14 | 0,0 | 17 | 0,0 | 11 | 0,0 | 9 | 0,0 | 24 | 0,0 | 18 | 0,0 | 28 | 0,0 | 25 | 0,0 | 25 | 0,0 |
| Queda acidental | 30 | 0,0 | 42 | 0,0 | 26 | 0,0 | 26 | 0,0 | 43 | 0,0 | 47 | 0,0 | 46 | 0,0 | 50 | 0,0 | 55 | 0,0 | 37 | 0,0 |
| Queimadura | 52 | 0,0 | 57 | 0,0 | 55 | 0,0 | 51 | 0,0 | 45 | 0,0 | 53 | 0,0 | 50 | 0,0 | 38 | 0,0 | 43 | 0,0 | 44 | 0,0 |
| Fatores naturais/ambientais | 11 | 0,0 | 16 | 0,0 | 8 | 0,0 | 7 | 0,0 | 8 | 0,0 | 10 | 0,0 | 5 | 0,0 | 4 | 0,0 | 7 | 0,0 | 13 | 0,0 |
| Submersão/sufocação | 611 | 0,2 | 666 | 0,2 | 686 | 0,2 | 759 | 0,2 | 774 | 0,2 | 825 | 0,3 | 802 | 0,3 | 700 | 0,2 | 622 | 0,2 | 670 | 0,2 |
| Outros acidentes | 151 | 0,0 | 116 | 0,0 | 125 | 0,0 | 117 | 0,0 | 90 | 0,0 | 118 | 0,0 | 100 | 0,0 | 95 | 0,0 | 124 | 0,0 | 79 | 0,0 |
| Seqüelas de causas externas | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Efeitos adversos drogas/medicamentos | 15 | 0,0 | 12 | 0,0 | 14 | 0,0 | 10 | 0,0 | 7 | 0,0 | 8 | 0,0 | 8 | 0,0 | 8 | 0,0 | 3 | 0,0 | 4 | 0,0 |
| Suicídio | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Homicídio | 67 | 0,0 | 65 | 0,0 | 81 | 0,0 | 83 | 0,0 | 91 | 0,0 | 85 | 0,0 | 81 | 0,0 | 85 | 0,0 | 87 | 0,0 | 71 | 0,0 |
| Intervenção legal | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Lesão ign. acid/intencional | 96 | 0,0 | 87 | 0,0 | 115 | 0,0 | 119 | 0,0 | 104 | 0,0 | 127 | 0,0 | 127 | 0,0 | 169 | 0,1 | 140 | 0,0 | 185 | 0,1 |
| Operação de guerra | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 1156 | 0,4 | 1219 | 0,4 | 1294 | 0,4 | 1317 | 0,4 | 1335 | 0,4 | 1458 | 0,5 | 1420 | 0,4 | 1326 | 0,4 | 1257 | 0,4 | 1229 | 0,4 |

Nº - número de óbitos.º.

(*) Taxa de mortalidade por mil habitantes.

Tabela 12. Mortalidade de crianças de 1 a 9 anos por causas externas específicas. Brasil, 1991 a 2000

| Causas Externas | 1991 | | 1992 | | 1993 | | 1994 | | 1995 | | 1996 | | 1997 | | 1998 | | 1999 | | 2000 | |
|---------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* |
| Acidente de transporte | 1.995 | 6,5 | 1.910 | 6,4 | 1.857 | 5,9 | 1.808 | 5,6 | 1.897 | 5,8 | 1.966 | 6,8 | 1.834 | 6,2 | 1.580 | 5,3 | 1.553 | 5,1 | 1.455 | 4,9 |
| Envenenamento acidental | 50 | 0,2 | 53 | 0,2 | 59 | 0,2 | 40 | 0,1 | 44 | 0,1 | 40 | 0,1 | 44 | 0,1 | 56 | 0,2 | 44 | 0,1 | 32 | 0,1 |
| Prestação cuidados médicos | 1 | 0,0 | 6 | 0,0 | 6 | 0,0 | 1 | 0,0 | 5 | 0,0 | 3 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 | 2 | 0,0 | 2 | 0,0 |
| Complicações tardias | 6 | 0,0 | 9 | 0,0 | 13 | 0,0 | 20 | 0,1 | 7 | 0,0 | 10 | 0,0 | 17 | 0,1 | 18 | 0,1 | 24 | 0,1 | 20 | 0,1 |
| Queda acidental | 168 | 0,5 | 171 | 0,6 | 124 | 0,4 | 129 | 0,4 | 182 | 0,6 | 163 | 0,6 | 174 | 0,6 | 179 | 0,6 | 181 | 0,6 | 169 | 0,6 |
| Queimadura | 274 | 0,9 | 225 | 0,8 | 238 | 0,8 | 214 | 0,7 | 237 | 0,7 | 234 | 0,8 | 221 | 0,8 | 205 | 0,7 | 189 | 0,6 | 205 | 0,7 |
| Fatores naturais/ ambientais | 72 | 0,2 | 81 | 0,3 | 49 | 0,2 | 64 | 0,2 | 60 | 0,2 | 69 | 0,2 | 62 | 0,2 | 46 | 0,2 | 60 | 0,2 | 50 | 0,2 |
| Submersão/ Sufocação | 1.220 | 4,0 | 1.194 | 4,0 | 1.256 | 4,0 | 1.254 | 3,9 | 1.257 | 3,9 | 1.247 | 4,3 | 1.188 | 4,0 | 1.119 | 3,8 | 1.129 | 3,7 | 1.200 | 4,0 |
| Outros acidentes | 643 | 2,1 | 631 | 2,1 | 743 | 2,3 | 647 | 2,0 | 589 | 1,8 | 631 | 2,2 | 530 | 1,8 | 427 | 1,4 | 508 | 1,7 | 499 | 1,7 |
| Seqüelas de causas externas | 3 | 0,0 | 2 | 0,0 | 1 | 0,0 | 3 | 0,0 | 2 | 0,0 | 5 | 0,0 | 1 | 0,0 | 3 | 0,0 | 4 | 0,0 | 7 | 0,0 |
| Efeitos adversos Drogas/medicam | 20 | 0,1 | 12 | 0,0 | 16 | 0,1 | 11 | 0,0 | 11 | 0,0 | 11 | 0,0 | 10 | 0,0 | 8 | 0,0 | 11 | 0,0 | 7 | 0,0 |
| Suicídio | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 | 4 | 0,0 | 2 | 0,0 | 3 | 0,0 | 5 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| Homicídio | 172 | 0,6 | 179 | 0,6 | 200 | 0,6 | 172 | 0,5 | 196 | 0,6 | 234 | 0,8 | 203 | 0,7 | 224 | 0,8 | 213 | 0,7 | 220 | 0,7 |
| Intervenção legal | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Lesão ign acid/ intencional | 239 | 0,8 | 295 | 1,0 | 325 | 1,0 | 395 | 1,2 | 340 | 1,0 | 317 | 1,1 | 283 | 1,0 | 361 | 1,2 | 316 | 1,0 | 331 | 1,1 |
| Operação de guerra | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 4.863 | 15,8 | 4.770 | 16,0 | 4.888 | 15,5 | 4.759 | 14,8 | 4.829 | 14,8 | 4.934 | 17,1 | 4.570 | 15,5 | 4.231 | 14,2 | 4.239 | 14,0 | 4.198 | 14,1 |

(*) Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 13. Mortalidade de crianças por principais causas externas específicas, segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Causas Externas | Menor 1 | | | | | | 1-9 anos | | | | | |
|--|------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| | Masculino | | | Feminino | | | Masculino | | | Feminino | | |
| | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa** | Nº | % | Taxa** |
| Acidente de transporte | 51 | 7,3 | 0,0 | 37 | 7,1 | 0,0 | 904 | 33,8 | 6,0 | 551 | 36,2 | 3,8 |
| Envenenamento acidental | 6 | 0,9 | 0,0 | 4 | 0,8 | 0,0 | 14 | 0,5 | 0,1 | 18 | 1,2 | 0,1 |
| Prestação cuidados médicos | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 0,0 |
| Complicações tardias | 10 | 1,4 | 0,0 | 15 | 2,9 | 0,0 | 7 | 0,3 | 0,0 | 13 | 0,9 | 0,1 |
| Queda acidental | 26 | 3,7 | 0,0 | 11 | 2,1 | 0,0 | 109 | 4,1 | 0,7 | 60 | 3,9 | 0,4 |
| Queimadura | 19 | 2,7 | 0,0 | 25 | 4,8 | 0,0 | 121 | 4,5 | 0,8 | 84 | 5,5 | 0,6 |
| Fatores naturais/ambientais | 7 | 1,0 | 0,0 | 5 | 1,0 | 0,0 | 32 | 1,2 | 0,2 | 18 | 1,2 | 0,1 |
| Submersão/sufocação | 387 | 55,3 | 0,2 | 283 | 54,2 | 0,2 | 831 | 31,1 | 5,5 | 369 | 24,2 | 2,5 |
| Outros acidentes | 49 | 7,0 | 0,0 | 30 | 5,7 | 0,0 | 311 | 11,6 | 2,1 | 188 | 12,3 | 1,3 |
| Seqüelas de causas externas | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 3 | 0,1 | 0,0 | 4 | 0,3 | 0,0 |
| Efeitos adversos drogas/medicamentosas | 2 | 0,3 | 0,0 | 2 | 0,4 | 0,0 | 5 | 0,2 | 0,0 | 2 | 0,1 | 0,0 |
| Suicídio | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Homicídio | 34 | 4,9 | 0,0 | 34 | 6,5 | 0,0 | 134 | 5,0 | 0,9 | 86 | 5,6 | 0,6 |
| Intervenção legal | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Lesão ignorada acid/intencional | 109 | 15,6 | 0,1 | 76 | 14,6 | 0,0 | 201 | 7,5 | 1,3 | 129 | 8,5 | 0,9 |
| Operação de guerra | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 700 | 100,0 | 0,4 | 522 | 100,0 | 0,3 | 2.674 | 100,0 | 17,7 | 1.523 | 100,0 | 10,4 |

(*) Taxa de mortalidade por mil habitantes.

(**) Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 14. Distribuição das internações, custo, tempo médio de permanência e taxa de mortalidade hospitalar de crianças por causas externas, segundo faixas etárias. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Menor de 1 ano | | | | | | | | | | 1 a 9 anos | | | | | | | | | |
|----------------|----------------|------|---------------------|----------------------|--------------------|--------------------|-------|------|---------------------|----------------------|--------------------|--------------------|----|---|---------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--|--|
| | Nº | % | Taxa ⁽¹⁾ | Custo ⁽²⁾ | TMP ⁽³⁾ | TMH ⁽⁴⁾ | Nº | % | Taxa ⁽¹⁾ | Custo ⁽²⁾ | TMP ⁽³⁾ | TMH ⁽⁴⁾ | Nº | % | Taxa ⁽¹⁾ | Custo ⁽²⁾ | TMP ⁽³⁾ | TMH ⁽⁴⁾ | | |
| Porto Velho | 21 | 1,2 | 2,8 | 249,34 | 4,3 | 4,8 | 225 | 1,2 | 3,3 | 313,99 | 6,3 | 0,4 | | | | | | | | |
| Rio Branco | 13 | 0,7 | 2,1 | 289,56 | 4,1 | 0,0 | 179 | 0,9 | 3,3 | 290,98 | 6,9 | 0,6 | | | | | | | | |
| Manaus | 72 | 4,2 | 2,1 | 467,60 | 5,0 | 0,0 | 781 | 4,1 | 2,7 | 424,06 | 5,3 | 1,5 | | | | | | | | |
| Boa Vista | 4 | 0,2 | 0,7 | 234,09 | 9,3 | 0,0 | 27 | 0,1 | 0,6 | 243,03 | 6,0 | 3,7 | | | | | | | | |
| Belém | 50 | 2,9 | 2,1 | 302,10 | 2,4 | 2,0 | 1.170 | 6,1 | 5,4 | 347,15 | 2,9 | 0,3 | | | | | | | | |
| Macapá | 10 | 0,6 | 1,3 | 300,78 | 7,2 | 0,0 | 122 | 0,6 | 1,9 | 324,22 | 6,6 | 0,8 | | | | | | | | |
| Palmas | 8 | 0,5 | 2,4 | 400,12 | 3,0 | 0,0 | 278 | 1,5 | 10,0 | 278,06 | 1,7 | 1,1 | | | | | | | | |
| São Luís | 78 | 4,5 | 4,6 | 239,75 | 3,1 | 1,3 | 1.432 | 7,5 | 9,5 | 219,80 | 1,9 | 0,1 | | | | | | | | |
| Teresina | 27 | 1,6 | 2,0 | 463,93 | 5,0 | 3,7 | 228 | 1,2 | 1,9 | 362,32 | 4,4 | 0,4 | | | | | | | | |
| Fortaleza | 39 | 2,2 | 1,0 | 471,99 | 5,2 | 2,6 | 720 | 3,8 | 1,9 | 504,89 | 5,0 | 2,6 | | | | | | | | |
| Natal | 8 | 0,5 | 0,6 | 394,03 | 9,3 | 0,0 | 158 | 0,8 | 1,4 | 330,76 | 4,6 | 2,5 | | | | | | | | |
| João Pessoa | 44 | 2,5 | 4,2 | 452,62 | 4,1 | 0,0 | 393 | 2,1 | 4,1 | 353,40 | 3,7 | 1,0 | | | | | | | | |
| Recife | 72 | 4,2 | 3,1 | 662,37 | 5,6 | 11,1 | 617 | 3,2 | 2,9 | 485,44 | 4,5 | 1,3 | | | | | | | | |
| Maceió | 13 | 0,7 | 0,8 | 586,91 | 4,5 | 15,4 | 296 | 1,6 | 2,1 | 467,82 | 4,1 | 2,0 | | | | | | | | |
| Aracaju | 38 | 2,2 | 4,6 | 407,62 | 3,1 | 2,6 | 346 | 1,8 | 4,7 | 427,35 | 3,1 | 0,3 | | | | | | | | |
| Salvador | 75 | 4,3 | 1,8 | 709,11 | 3,4 | 1,3 | 1.098 | 5,8 | 2,9 | 630,34 | 4,1 | 0,9 | | | | | | | | |
| Belo Horizonte | 151 | 8,7 | 4,3 | 631,42 | 4,7 | 4,6 | 1.059 | 5,6 | 3,3 | 513,74 | 4,3 | 1,1 | | | | | | | | |
| Vitória | 9 | 0,5 | 2,1 | 1289,23 | 14,4 | 0,0 | 61 | 0,3 | 1,5 | 953,88 | 10,8 | 1,6 | | | | | | | | |
| Rio de Janeiro | 191 | 11,0 | 2,2 | 708,20 | +9,7 | 5,2 | 1.780 | 9,3 | 2,2 | 468,67 | 6,3 | 0,9 | | | | | | | | |
| São Paulo | 362 | 20,9 | 2,1 | 410,94 | 4,8 | 1,7 | 3.671 | 19,3 | 2,4 | 394,65 | 3,9 | 1,0 | | | | | | | | |
| Curitiba | 108 | 6,2 | 4,3 | 469,80 | 3,1 | 2,8 | 1.095 | 5,7 | 4,7 | 517,02 | 3,6 | 0,4 | | | | | | | | |
| Florianópolis | 17 | 1,0 | 3,4 | 266,94 | 1,6 | 0,0 | 136 | 0,7 | 2,9 | 482,05 | 4,5 | 2,2 | | | | | | | | |
| Porto Alegre | 110 | 6,3 | 5,2 | 286,33 | 3,1 | 2,7 | 754 | 4,0 | 4,1 | 298,85 | 4,4 | 0,3 | | | | | | | | |
| Campo Grande | 25 | 1,4 | 2,2 | 1198,46 | 9,2 | 8,0 | 707 | 3,7 | 6,3 | 425,19 | 3,8 | 0,1 | | | | | | | | |
| Cuiabá | 12 | 0,7 | 1,4 | 648,21 | 4,7 | 16,7 | 214 | 1,1 | 2,6 | 408,72 | 4,9 | 2,3 | | | | | | | | |
| Goiania | 59 | 3,4 | 3,3 | 444,44 | 3,1 | 3,4 | 559 | 2,9 | 3,4 | 379,42 | 3,3 | 0,7 | | | | | | | | |
| Brasília | 118 | 6,8 | 2,9 | 441,77 | 4,9 | 0,9 | 946 | 5,0 | 2,7 | 370,71 | 5,2 | 1,1 | | | | | | | | |

(1) Taxa de internação por mil habitantes.

(2) Custo médio em reais.

(3) Tempo médio de permanência em dias.

(4) Taxa de mortalidade hospitalar por cem internações.

Tabela 15. Internações de crianças por causas externas, segundo sexo e faixas etárias. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Masculino | | | | | | Feminino | | | | | |
|----------------|-------------|------|------|----------|------|------|-------------|------|-------|----------|------|-------|
| | Menor 1 ano | | | 1-9 anos | | | Menor 1 ano | | | 1-9 anos | | |
| | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* |
| Porto Velho | 12 | 1,2 | 3,1 | 141 | 1,2 | 4,0 | 9 | 1,2 | 2,4 | 84 | 1,2 | 2,5 |
| Rio Branco | 7 | 0,7 | 2,2 | 110 | 0,9 | 4,1 | 6 | 0,8 | 2,0 | 69 | 1,0 | 2,6 |
| Manaus | 47 | 4,7 | 2,7 | 519 | 4,2 | 3,6 | 25 | 3,4 | 1,5 | 262 | 3,9 | 1,8 |
| Boa Vista | 3 | 0,3 | 1,1 | 16 | 0,1 | 0,7 | 1 | 0,1 | 0,4 | 11 | 0,2 | 0,5 |
| Belém | 29 | 2,9 | 2,3 | 761 | 6,2 | 6,9 | 21 | 2,9 | 1,8 | 409 | 6,0 | 3,8 |
| Macapá | 5 | 0,5 | 1,3 | 77 | 0,6 | 2,4 | 5 | 0,7 | 1,4 | 45 | 0,7 | 1,4 |
| Palmas | 6 | 0,6 | 3,6 | 171 | 1,4 | 12,1 | 2 | 0,3 | 1,2 | 107 | 1,6 | 7,9 |
| São Luís | 38 | 3,8 | 4,4 | 920 | 7,5 | 12,1 | 40 | 5,5 | 4,8 | 512 | 7,5 | 6,9 |
| Teresina | 16 | 1,6 | 2,3 | 130 | 1,1 | 2,1 | 11 | 1,5 | 1,6 | 98 | 1,4 | 1,6 |
| Fortaleza | 22 | 2,2 | 1,1 | 476 | 3,9 | 2,5 | 17 | 2,3 | 0,9 | 244 | 3,6 | 1,3 |
| Natal | 5 | 0,5 | 0,8 | 103 | 0,8 | 1,7 | 3 | 0,4 | 0,5 | 55 | 0,8 | 1,0 |
| João Pessoa | 23 | 2,3 | 4,4 | 251 | 2,0 | 5,2 | 21 | 2,9 | 4,1 | 142 | 2,1 | 3,0 |
| Recife | 43 | 4,3 | 3,6 | 398 | 3,2 | 3,6 | 29 | 4,0 | 2,5 | 219 | 3,2 | 2,1 |
| Maceió | 6 | 0,6 | 0,7 | 209 | 1,7 | 2,8 | 7 | 1,0 | 0,9 | 87 | 1,3 | 1,2 |
| Aracaju | 26 | 2,6 | 6,2 | 217 | 1,8 | 5,8 | 12 | 1,6 | 3,0 | 129 | 1,9 | 3,6 |
| Salvador | 50 | 5,0 | 2,3 | 688 | 5,6 | 3,6 | 25 | 3,4 | 1,2 | 410 | 6,0 | 2,2 |
| Belo Horizonte | 88 | 8,8 | 4,9 | 690 | 5,6 | 4,3 | 63 | 8,6 | 3,6 | 369 | 5,4 | 2,3 |
| Vitória | 7 | 0,7 | 3,1 | 44 | 0,4 | 2,1 | 2 | 0,3 | 1,0 | 17 | 0,2 | 0,9 |
| Rio de Janeiro | 112 | 11,2 | 2,5 | 1.212 | 9,9 | 3,0 | 79 | 10,8 | 1,8 | 568 | 8,3 | 1,5 |
| São Paulo | 195 | 19,5 | 2,2 | 2.405 | 19,6 | 3,1 | 167 | 22,8 | 1,9 | 1.266 | 18,6 | 1,7 |
| Curitiba | 67 | 6,7 | 5,2 | 637 | 5,2 | 5,3 | 41 | 5,6 | 3,3 | 458 | 6,7 | 4,0 |
| Florianópolis | 10 | 1,0 | 3,9 | 85 | 0,7 | 3,5 | 7 | 1,0 | 2,8 | 51 | 0,7 | 2,2 |
| Porto Alegre | 67 | 6,7 | 6,2 | 477 | 3,9 | 5,1 | 43 | 5,9 | 4,2 | 277 | 4,1 | 3,0 |
| Campo Grande | 12 | 1,2 | 2,0 | 454 | 3,7 | 8,0 | 13 | 1,8 | 2,3 | 253 | 3,7 | 4,6 |
| Cuiabá | 8 | 0,8 | 1,8 | 136 | 1,1 | 3,3 | 4 | 0,5 | 1,0 | 78 | 1,1 | 2,0 |
| Goiânia | 30 | 3,0 | 3,3 | 328 | 2,7 | 3,9 | 29 | 4,0 | 3,3 | 231 | 3,4 | 2,9 |
| Brasília | 67 | 6,7 | 3,2 | 592 | 4,8 | 3,3 | 51 | 7,0 | 2,5 | 354 | 5,2 | 2,0 |

Nº = Nº de internações.

% = Proporção por faixa etária.

Taxa = Taxa de internação por mil habitantes.

Tabela 16. Distribuição das internações, custo, tempo médio de permanência e taxa de mortalidade hospitalar de crianças por causas externas específicas, segundo faixas etárias. Brasil, 2000

| Causas Externas | Menor 1 ano | | | | | | 1 a 9 anos | | | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|------------|---------------|------------|------------|---------------|--------------|------------|---------------|------------|------------|
| | Nº | % | Taxa(1) | Cus- to(2) | TMP(3) | TMH(4) | Nº | % | Taxa(1) | Cus- to(2) | TMP(3) | TMH(4) |
| Acidente de transporte | 769 | 11,4 | 0,2 | 644,09 | 6,1 | 4,9 | 12.168 | 13,7 | 0,4 | 444,97 | 4,6 | 1,6 |
| Envenenamento acidental | 218 | 3,2 | 0,1 | 234,79 | 3,1 | 3,2 | 2.295 | 2,6 | 0,1 | 180,56 | 2,7 | 0,4 |
| Prestação cuidados médicos | 5 | 0,1 | 0,0 | 328,69 | 6,6 | 0,0 | 49 | 0,1 | 0,0 | 254,58 | 3,4 | 0,0 |
| Complicações tardias | 154 | 2,3 | 0,0 | 1365,69 | 9,5 | 5,2 | 1.282 | 1,4 | 0,0 | 487,07 | 4,5 | 0,6 |
| Quedas acidentais | 3.137 | 46,5 | 1,0 | 332,16 | 4,5 | 1,2 | 42.090 | 47,4 | 1,4 | 297,41 | 3,0 | 0,2 |
| Queimaduras | 224 | 3,3 | 0,1 | 774,10 | 8,1 | 5,4 | 2.830 | 3,2 | 0,1 | 698,64 | 7,0 | 1,4 |
| Fatores naturais/ambientais | 329 | 4,9 | 0,1 | 369,35 | 4,7 | 0,9 | 5.313 | 6,0 | 0,2 | 309,79 | 3,5 | 0,7 |
| Submersão/sufocação | 68 | 1,0 | 0,0 | 327,70 | 3,4 | 5,9 | 662 | 0,7 | 0,0 | 289,92 | 3,0 | 2,9 |
| Outros acidentes | 1.181 | 17,5 | 0,4 | 618,02 | 5,7 | 2,6 | 15.426 | 17,4 | 0,5 | 458,11 | 4,8 | 0,7 |
| Seqüelas de causas externas | 71 | 1,1 | 0,0 | 401,88 | 5,6 | 1,4 | 511 | 0,6 | 0,0 | 330,48 | 5,2 | 0,6 |
| Efeitos adversos drogas/medicam | 52 | 0,8 | 0,0 | 137,91 | 2,6 | 0,0 | 353 | 0,4 | 0,0 | 166,67 | 2,7 | 0,6 |
| Suicídio | 45 | 0,7 | 0,0 | 199,46 | 2,9 | 2,2 | 621 | 0,7 | 0,0 | 289,09 | 3,1 | 1,3 |
| Homicídios | 206 | 3,1 | 0,1 | 543,65 | 5,1 | 5,3 | 1.552 | 1,7 | 0,1 | 475,10 | 6,3 | 1,8 |
| Intervenções legais | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,00 | 0,0 | 0,0 | 7 | 0,0 | 0,0 | 268,72 | 2,3 | 14,3 |
| Lesões ign acid/Intenc | 288 | 4,3 | 0,1 | 429,09 | 5,7 | 2,8 | 3.632 | 4,1 | 0,1 | 318,92 | 3,9 | 0,5 |
| Operações de guerra | 1 | 0,0 | 0,0 | 40,38 | 1,0 | 0,0 | 3 | 0,0 | 0,0 | 388,87 | 4,0 | 0,0 |
| Total | 6.748 | 100,0 | 2,1 | 463,52 | 5,2 | 2,4 | 88.794 | 100,0 | 3,0 | 362,31 | 3,8 | 0,7 |

(1) Taxa de internação por mil habitantes.

(2) Custo médio em Reais.

(3) Tempo médio de permanência em dias.

(4) Taxa de mortalidade hospitalar por cem internações.

Tabela 17. Internações de crianças por causas externas específicas, segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Causas Externas | Masculino | | | | | | Feminino | | | | | |
|---|--------------|--------------|------------|---------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|---------------|--------------|------------|
| | Menor 1 ano | | | 1-9 anos | | | Menor 1 ano | | | 1-9 anos | | |
| | Nº | % | Taxa* | N | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* |
| Acidente de transporte | 451 | 11,6 | 0,3 | 7.976 | 14,0 | 0,5 | 318 | 11,1 | 0,2 | 4.192 | 13,2 | 0,3 |
| Envenenamento acidental | 107 | 2,8 | 0,1 | 1.253 | 2,2 | 0,1 | 111 | 3,9 | 0,1 | 1.042 | 3,3 | 0,1 |
| Prestação cuidados médicos | 5 | 0,1 | 0,0 | 21 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 28 | 0,1 | 0,0 |
| Complicações tardias | 87 | 2,2 | 0,1 | 817 | 1,4 | 0,1 | 67 | 2,3 | 0,0 | 465 | 1,5 | 0,0 |
| Quedas acidentais | 1.811 | 46,8 | 1,1 | 27.524 | 48,3 | 1,8 | 1.326 | 46,1 | 0,8 | 14.566 | 45,8 | 1,0 |
| Queimaduras | 116 | 3,0 | 0,1 | 1.762 | 3,1 | 0,1 | 108 | 3,8 | 0,1 | 1.068 | 3,4 | 0,1 |
| Fatores naturais/ambientais | 192 | 5,0 | 0,1 | 3.404 | 6,0 | 0,2 | 137 | 4,8 | 0,1 | 1.909 | 6,0 | 0,1 |
| Submersão/sufocação | 40 | 1,0 | 0,0 | 401 | 0,7 | 0,0 | 28 | 1,0 | 0,0 | 261 | 0,8 | 0,0 |
| Outros acidentes | 688 | 17,8 | 0,4 | 9.711 | 17,0 | 0,6 | 493 | 17,1 | 0,3 | 5.715 | 18,0 | 0,4 |
| Seqüelas de causas externas | 40 | 1,0 | 0,0 | 303 | 0,5 | 0,0 | 31 | 1,1 | 0,0 | 208 | 0,7 | 0,0 |
| Efeitos adversos drogas/medicam | 28 | 0,7 | 0,0 | 182 | 0,3 | 0,0 | 24 | 0,8 | 0,0 | 171 | 0,5 | 0,0 |
| Suicídio | 26 | 0,7 | 0,0 | 378 | 0,7 | 0,0 | 19 | 0,7 | 0,0 | 243 | 0,8 | 0,0 |
| Homicídios | 112 | 2,9 | 0,1 | 993 | 1,7 | 0,1 | 94 | 3,3 | 0,1 | 559 | 1,8 | 0,0 |
| Intervenções legais | 0 | 0,0 | 0,0 | 2 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 5 | 0,0 | 0,0 |
| Lesões ignoradas acidentes/Intencionais | 170 | 4,4 | 0,1 | 2.258 | 4,0 | 0,1 | 118 | 4,1 | 0,1 | 1.374 | 4,3 | 0,1 |
| Operações de guerra | 0 | 0,0 | 0,0 | 3 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 3.873 | 100,0 | 2,4 | 56.988 | 100,0 | 3,8 | 2.875 | 100,0 | 1,8 | 31.806 | 100,0 | 2,2 |

Nº = Número de internações.

% = Proporção por faixa etária.

Taxa = Taxa de internação por mil habitantes.

Simone
Gonçalves
de Assis

Suely
Ferreira
Deslandes

Nilton
César
dos Santos

Violência na adolescência

sementes e frutos
de uma sociedade desigual

Introdução

A adolescência é vista em diversas culturas e épocas como importante momento de domínio das regras e dos valores da vida social, de ganho de autonomia, de maturação física e psíquica e de gradativa incorporação de papéis sociais do mundo adulto. Independentemente das diversas nuances e singularidades transculturais e históricas que possam existir nessa etapa da existência, pode-se considerar que, atualmente, a adolescência é uma fase extremamente especial do desenvolvimento humano. Nesse período, o adolescente vai construindo uma imagem de si e várias competências cognitivas e socioculturais rumo à inserção nas relações da sociabilidade adulta.

A delimitação dessa fase da vida não é efetivamente mensurável pela quantidade de anos. Todavia, tentativas de categorização são realizadas, a exemplo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) (1990) e Ministério da Saúde (1989) que a delimitam entre os 10 e os 19 anos e a juventude dos 15 aos 24 anos. Já para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a adolescência abrange a fase dos 12 aos 18 anos de idade.

Adolescência e juventude são construtos recentemente incorporados na história da humanidade, compreendidos como fases especiais para a inserção dos indivíduos num patamar de autonomia psicossocial e de adaptação à sociedade. São conceitos teóricos e ao mesmo tempo fazem parte da delimitação política do curso da vida, compreendendo várias realidades. Logo, há que se falar das adolescências e juventudes brasileiras, marcadas por determinações genéticas, biológicas, sociais, culturais, econômicas, familiares, ou ainda, com especificidades próprias da realidade particular de cada indivíduo ou grupo social (LUZ; SILVA, 1999). Eis o desafio que se impõe para toda sociedade contemporânea: a garantia de realização do potencial das novas gerações.

O quadro de extrema desigualdade existente na sociedade brasileira ameaça fortemente a realização do potencial dos jovens. Crianças e adolescentes compõem a faixa etária mais atingida pela desigualdade social e econômica (Henriques, 2001). Como se verá ao longo do texto, também estão muito fragilizados pelas desigualdades raciais e de gênero. É, portanto, a adolescência o período da vida em que as “sementes” plantadas para criar o futuro nacional já começam a perder vigor e potencialidade, prejudicando a grandeza histórica e cultural do País.

Partindo dessas colocações, compreendem-se as diferentes formas de violência como graves obstáculos ao pleno desenvolvimento dos 35 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos no País (sejam as formas em que são vítimas, sejam as situações em que são os autores). E é justamente nesse grupo (que no ano 2000 correspondeu a 21% da população brasileira) que as manifestações da violência provocam mais impacto. São os adolescentes e jovens os que mais morrem por agressões e também são os mais apontados como autores de agressões no País e na América Latina (KRUG et al., 2002). A dialética letal do matar e morrer abrevia a expectativa de vida, reduz o potencial produtivo da população, representa custos (diretos e indiretos) consideráveis para as famílias e para o sistema de saúde e compromete qualquer projeto de qualidade de vida.

Neste capítulo busca-se mapear as diversas formas de violência que envolvem os adolescentes na ampla faixa dos 10 aos 19 anos. Analisa-se a expressão da morbimortalidade das causas externas no Brasil nessas faixas de idade na década de 90 e discutem-se algumas iniciativas de enfrentamento e a promoção de formas de sociabilidade identificadas como componentes da cultura de paz.

Começa-se por revelar as chamadas formas estruturais da violência, muitas vezes ocultas numa fachada de inevitabilidade histórica da pobreza, da desigualdade, da ineficácia da garantia de direitos, tornando invisíveis os mecanismos, interesses e privilégios que agem para a construção e perpetuação de tais quadros de exclusão e segregação.

Dados recentes (1999) nos indicam que vivendo em situação de pobreza havia 45,9% dos brasileiros de 10 a 14 anos e 37,5% dos adolescentes de 15 a 19 anos (ROCHA, 2003). É absolutamente desnecessário invocar o que a pobreza em níveis extremos significa em termos de privações e de conseqüências funestas ao desenvolvimento físico e intelectual das pessoas. Sem cair em nenhum determinismo, apenas lembra-se aqui o que vem sendo discutido há décadas, de que por detrás de supostas incapacidades escolares, baixa competitividade para o mercado formal e de outras atribuições de incompetências sociais há uma histórica (e atual) negação de oportunidades aos jovens das classes populares. Quando lhes são dadas chances mostram-se criativos, inteligentes e competentes. Também ainda hoje convive-se com a idéia preconceituosa de que a pobreza é uma triste fatalidade e que sua existência independe da vontade das pessoas e das sociedades. Mas, não é verdade: ela é antes de tudo produzida e reproduzida socialmente e seu enfrentamento é responsabilidade de governos e sociedades.

A questão racial se destaca ao se falar da pobreza no Brasil. Henriques (2001) apresenta índices que comprovam a sobre-representação da pobreza na infância e adolescência negras. Na década de 90, houve mais crianças e adolescentes negros pobres do que seus pares brancos ou mesmo que os adultos, independente da cor da pele. Esse autor comenta ainda sobre o embranquecimento da riqueza e do bem-estar no País: os negros são 70% da população mais pobre (10% com menor rendimento); em contrapartida, representam apenas 15% do grupo mais rico do País que constitui 10% da população.

Apesar dos grandes avanços da escolarização da população brasileira, há uma correlação inegável entre pobreza e analfabetismo. Dos brasileiros de 10 a 19 anos analfabetos, 77,7% estavam abaixo da linha de pobreza (ROCHA, 2003). Em 2002, ainda havia 635.902 analfabetos entre 10 e 14 anos, 268.372 entre os adolescentes de 15 a 17 anos e 14.384.386 acima de 18 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Analisando-se em termos percentuais é importante reconhecer o investimento das políticas públicas no enfrentamento dessa grave violência contra as novas gerações, pois constituem baixos percentuais em relação ao total da população nas referidas faixas etárias (3,8% entre 10 e 14 e 2,6% entre 15 e 17). Contudo, os números e as proporções não ocultam os milhares de adolescentes completamente excluídos das inúmeras formas de interação social e de vivências pessoais mediadas pelo domínio da leitura e escrita.

A desigualdade na escolarização se faz evidente especialmente entre os negros. Dados da década de 90 indicam que a escolaridade desses jovens na faixa dos 25 anos foi de 6,1 anos de estudo; entre os brancos eleva-se para 8,4, com um diferencial de 2,3 anos (HENRIQUES, 2001).

Com a obrigatoriedade do ensino para todos entre 7 e 14 anos, em 2002, o País atingiu altas taxas de escolarização nessa faixa (96,9%). Contudo, tais índices vão decrescendo para as faixas etárias subseqüentes – 81,5% entre 15 e 17 anos e apenas 34,0% entre os jovens de 18 a 24 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Tais dados evidenciam a eficácia de políticas que visam à oferta universal de escolarização entre os mais novos, todavia ainda são necessários investimentos para garantir a permanência deles nas escolas. E, mesmo entre os de 7 a 14 anos, a quem se garante o estudo elementar, é preciso lembrar que a qualidade do ensino não é uma questão menor na construção de sólidas competências sociais, ético-morais e cognitivas.

A qualidade do ensino vem sendo preocupação constante da sociedade. Pesquisa realizada no Rio de Janeiro com 914 escolares (MINAYO et al., 1999) revela que a maioria dos alunos da escola pública considera que a qualidade do ensino que recebem é regular ou ruim (55,2% da rede pública), contra 47,2% que fazem tal avaliação na rede privada. A discussão qualitativa dessa pesquisa, feita por meio de grupos focais, revela que os alunos reclamam da ausência e da insuficiência de certos conteúdos, tais como inglês e informática, considerados diferenciais no mercado de trabalho e se ressentem também do estado precário de conservação do prédio, mobiliário e falta de recursos das escolas públicas.

A escola, reconhecida como um espaço primordial de socialização e preparação de crianças e adolescentes para a vida, também pode ser um lócus de violência. Pode ignorar as habilidades e competências das crianças e jovens das classes populares, impondo-lhes um conjunto de atitudes, comportamentos e racionalidades das classes dominantes, fazendo-os crer que são incapazes de aprender (BOURDIEU; PASSERON, 1978), constituindo aí o polissêmico campo da violência simbólica. Pode permitir ou se omitir diante de agressões e humilhações de alunos praticadas por funcionários, professores ou por seus pares. Essa última forma, reconhecida pelo conceito de bullying, é caracterizada por comportamentos prepotentes e agressivos, tais como colocar apelidos, ofender, humilhar, discriminar, intimidar, perseguir, assediar, aterrorizar, agredir, roubar e quebrar pertences, podendo ocasionar perda de interesse ou medo de freqüentar a escola (www.bullying.com.br). Pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Proteção à Infância em 11 escolas do Rio de Janeiro, com o apoio da Petrobrás, envolvendo 5.875 alunos de 5.a a 8.a séries do Ensino Fundamental revela o envolvimento de 40,5% deles nessa prática: 16,9% como alvos, 10,9% como alvos e autores e 12,7% como autores (BULLYING, 2004).

Esse comportamento agressivo engloba ações diretas (agressão física ou sexual) e indiretas (agressões emocionais: impor apelidos, insultos, atitudes preconceituosas) que encobrem uma relação desigual de poder. Habitualmente ocorre sem motivação evidente, sendo de caráter intencional e repetido, provocando dor e angústia (LOPES NETO, 2003). Essa forma de violência pode estar associada a abandono da escola, baixo rendimento na aprendizagem, suicídio e mesmo reações violentas, como se viu nos EUA, quando jovens constantemente humilhados pelos colegas promoveram um extermínio em massa de estudantes.

Dados oriundos de um survey realizado em dez capitais brasileiras mostram a convivência das escolas com a violência, seja dos próprios estudantes seja a social: 17% dos jovens de 16 a 24 anos entrevistados disseram que eram humilhados dentro da escola com palavras de baixo calão; 12% receberam oferta de drogas no espaço escolar; 6% sofreram agressão física e 5% sentem a necessidade de andar armado na escola (CARDIA, 1999).

Outra pesquisa realizada em São Paulo, em 1999, com 710 estudantes mostra que cerca de 70% deles já foram vítimas na escola de pelo menos um destes atos: furto de pequenos objetos ou quantias, ameaças de agressão e a destruição proposital de seus pertences. Do total dos alunos entrevistados, 16% afirmaram já terem deixado de ir à escola por se sentirem inseguros. Destes, a maioria morava em comunidades de grande índice de criminalidade. Essa cultura do que alguns autores chamam que incivildades geralmente não é tratada com atenção pelos educadores, pouco sendo feito para inibir tais atos, afetando o sentimento de segurança e rendimento escolar dos alunos (KAHN, 2001).

Pesquisa domiciliar feita com 914 adolescentes moradores na Cidade do Rio de Janeiro (MINAYO et al., 1999) revela que 55,8% dos jovens de estratos A e B e 44,8% dos estratos C, D e E mencionam episódios de violência verbal na suas escolas. As agressões físicas foram mencionadas por 28,2% dos alunos dos estratos mais altos e 23,3% dos estratos baixos. O uso de drogas na escola foi citado por 25,7% e 17,5%, respectivamente. A agressão sexual também foi citada por 4,5% e 3,7% dos alunos pertencentes aos respectivos estratos.

A violência funciona como fonte de absentismo nas escolas (KAHN, 2001). Mas, sabe-se também que boa parcela dos adolescentes que deixaram de estudar foi pela premissa de ter de trabalhar para colaborar (ou mesmo garantir) o sustento familiar. Constata-se que a utilização de crianças e adolescentes para o trabalho mal remunerado, pois lhes são pagas quantias irrisórias ou embutidas no pagamento do trabalho de seus pais, diminui os custos da produção e permite maior competitividade no mercado de exportações (CAMPOS, 2002). Segundo dados da pesquisa sobre trabalho infanto-juvenil, realizada pelo IBGE como suplemento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004), as crianças e os adolescentes que trabalham apresentam níveis menores de escolarização do que os que não trabalham. A taxa de escolarização das pessoas de 5 a 17 anos que trabalham atinge 80,3% contra 91,1% entre os que não trabalham.

No entanto, é digno de nota que os percentuais de crianças e adolescentes que trabalham vêm diminuindo. Em 1992, havia 20,4% entre os mais novos (10 a 14 anos) e 47% entre os adolescentes de 15 a 17 anos. Em 2001, esses percentuais caem para 11,6% e 31,5%, respectivamente. Isso reflete o investimento de políticas públicas para a oferta de bolsas visando ao ingresso e à permanência na escola. Dentre esses programas, destacou-se o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) que, no ano de 2001, atendeu a 749.353 crianças e adolescentes (BRASIL, 2004). Todavia, esse decréscimo é desigual na população: a velocidade da redução do trabalho infantil foi maior entre brancos em toda a década de 90 (HENRIQUES, 2001).

A questão do trabalho entre adolescentes e jovens contém diferenças significativas de abordagem que devem ser lembradas. O Brasil é signatário da Convenção 138 da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Nesse documento se considera que a idade mínima para admissão em emprego não deve ser inferior à idade de conclusão da escolaridade compulsória, isto é, não pode ser inferior a 15 anos. Antes desse período considera-se o trabalho uma forma de exploração infantil, devendo todo país membro no qual vigore a convenção se comprometer a erradicá-lo (BRASIL et al., 2002).

Na fase de 14 a 16 anos, o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a possibilidade de trabalho apenas na condição de aprendiz, como trabalho educativo. Uma forma de

visualizar a desigualdade expressa nas condições de trabalho no País foi apontada por Henriques (2001), ao informar que 20% de crianças e adolescentes negros de 10 a 14 anos, no ano de 1999, participam do mercado de trabalho no Brasil em relação a 13% de brancos dessa faixa etária.

Em relação ao trabalho do adolescente de 16 a 18 anos, a Recomendação 146 da OIT preconiza: iguais salários para as mesmas atividades; rigorosa limitação da jornada de trabalho, sendo proibidas horas extras e resguardado o tempo das atividades escolares e do lazer; concessão de férias; garantia de seguridade social e manutenção de padrões de segurança, saúde e instrução. A Convenção 182, também da OIT, define as piores formas de trabalho, a serem banidas: trabalho escravo ou servil. E as que nunca deveriam ser realizadas por menores de 18 anos: atividades de prostituição ou pornografia, atividades ilícitas e quaisquer atividades que por sua natureza ou condições em que são realizadas podem ser prejudiciais à saúde, à segurança ou à moral. No mesmo sentido, a Portaria Governamental n.o 6, assinada em 2001 pela Secretaria de Inspeção do Trabalho, determina a proibição de participação de menores de 18 anos em 81 formas de trabalho consideradas perigosas e insalubres (BRASIL et al., 2002).

Assim, o trabalho infantil é proibido e o trabalho de adolescentes deve ser rigorosamente acompanhado. Contudo, a despeito das muitas iniciativas nesse sentido, ainda são vigentes valores tradicionais de aceitação e valorização dessas atividades desde muito cedo, sobretudo no universo da produção familiar agrária e das chamadas atividades domésticas (CAMPOS, 2002).

A oferta de trabalho aos jovens abre um vasto debate sobre as conseqüências da globalização e as muitas deficiências de oportunidades de emprego, mesmo para os jovens de classe média e com alto nível de escolaridade. A reestruturação produtiva em escala mundial foi capaz de modificar a relação entre Estado e mercado, de produzir um apelo sem precedentes ao consumo e, ao mesmo tempo, reduzir dramaticamente os postos de trabalho. Dessa maneira, a inserção no mercado formal de trabalho tornou-se para muitos jovens uma realidade inacessível e a dura realidade do subemprego tem se apresentado como saída para muitos dos provedores familiares. Vale também lembrar que as opções de emprego são ainda mais limitadas para os jovens negros e as taxas de desempregos nesse grupo são mais elevadas que entre jovens de cor da pele branca (HENRIQUES, 2001).

Considerando a exploração sexual como violência e uma das piores formas de trabalho imposto a adolescentes e a muitos jovens, pesquisa indica que o tráfico de pessoas para fins sexuais envolve predominantemente mulheres jovens (entre 15 e 25 anos) e afrodescendentes (LEAL; LEAL, 2002). Foram identificadas 110 rotas nacionais desse tipo de tráfico no Brasil. Dessas, envolvendo adolescentes havia 80,5% das rotas municipais e 97% das rotas interestaduais. As meninas vítimas geralmente são oriundas de famílias muito pobres, com histórias de violência doméstica, experiências anteriores de violência sexual (intra ou extrafamiliar) e moradoras de municípios de baixo desenvolvimento socioeconômico. As redes de aliciamento internacional envolvem empresas de entretenimento, do mercado da moda, agências de emprego e de casamento, rede de tele-sexo, indústria do turismo, firmas de agenciamento para projetos de desenvolvimento e infra-estrutura (assentamento agrícola, construção e obras públicas, etc.). As adolescentes jovens e mulheres vão a cata de ofertas vantajosas de

emprego e salários, mas muitas são escravizadas, têm seus documentos e seu dinheiro arbitrariamente confiscados, são induzidas a tornarem-se dependentes de drogas e proibidas de manterem contato com a família. Tudo isso prejudica enormemente seu desenvolvimento e crescimento saudável.

A exploração do turismo sexual também tem sido amplamente denunciada no País, em todas as regiões, especialmente no Nordeste. São alguns dos fatores favoráveis a esse tipo de comércio a pauperização das famílias, a impunidade e o apelo ao consumo. Relato de ONG (CASA RENASCER, 2001), atuante no combate à exploração sexual, revela que esse comércio aumenta no verão, especialmente em cidades do litoral das regiões Norte, Nordeste e Sudeste e mobiliza complexa rede de atores (aliciadores, guias de turismo, taxistas, recepcionistas de hotéis). Os clientes potenciais são europeus, argentinos e americanos em busca de aventuras eróticas em paisagens exóticas, sintetizadas pelo trinômio *sex-sea-sun*.

O serviço nacional de Disque-Denúncia para prevenir abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, sob a coordenação da Secretaria Especial de Direitos Humanos, teve seu início de funcionamento em maio de 2003. Até 3/3/2004 contabilizaram-se 5.106 notificações. Essas estão distribuídas entre 1.545 relativas a abuso sexual, 717, a exploração sexual comercial e 2.844 a maus-tratos*.

A violência familiar, como já foi mencionado em outro capítulo que trata das violências contra crianças, cria uma condição de grande vulnerabilidade também para os adolescentes e jovens. Esse fenômeno é mundial e está presente em famílias de todas as classes sociais, de diferentes credos e religiões e em distintas nacionalidades. Contudo, seus efeitos vão interagir com os vários níveis de inclusão na cidadania, aparatos de promoção dos direitos e proteção existentes em cada sociedade. Entre adolescentes brasileiros é um problema extremamente importante, estando na origem de fatos lastimáveis como a saída do lar por parte de crianças e adolescentes que vão viver nas ruas dos centros urbanos (Minayo, 1992; Moraes, 1994; Menezes & Brasil, 1998), exploração sexual (Felizardo *et al*, 2003; Gonçalves, 2003), formas vis de trabalho (Minayo, 1992), dependência de drogas (Schenker e Minayo, 2003), suicídio (Mito, 1994) e infrações juvenis (Assis, 1999; Assis & Constantino, 2001; Krug *et al*, 2002).

Além desta enorme gama de funestas possibilidades, a violência intrafamiliar é por si uma vivência que pode deixar seqüelas físicas e, sobretudo, profundas marcas psíquicas. Sua magnitude ainda não dimensionada em termos nacionais, felizmente, vem mobilizando vários estados e municípios para melhorar a notificação dos casos e o atendimento às famílias.

Outra forma de vitimização que atinge intensamente a vida dos adolescentes é a violência na comunidade, pois eles são alvos privilegiados dos maus tratos que ocorrem próximos ao domicílio. Estudo em capitais brasileiras mostra que jovens de 16-24 anos testemunham duas vezes mais violências comunitárias que os adultos. Um total de

* Dados obtidos por meio de informação pessoal com responsável pelas estatísticas da instituição.

52% dos jovens entrevistados presenciou cenas de agressão física em suas localidades; 42% assistiram a cenas de compra e venda de drogas; 19% já viram uma pessoa levar tiros de arma de fogo e 18% presenciaram alguém ser morto (Cardia, 1999).

Além de serem atingidos indiretamente, são mais afetados diretamente pela violência no bairro em que moram que os adultos que ali vivem: agressões verbais com palavras de baixo calão foram relatadas por 29% dos jovens; 17% receberam oferta para consumo de drogas; 12% sofreram agressão física; 16% tiveram parentes ameaçados de morte; e 10% sofreram agressão/maltrato ou foram ameaçados de extorsão policial (Cardia, 1999).

A violência policial também atinge fortemente a juventude. Adolescentes de classe média moradores da cidade do Rio de Janeiro deram nota 3 e os de classe popular nota 3,5 para a polícia, em pesquisa domiciliar realizada em 1999. Os sentimentos que a polícia desperta nos jovens são de medo, desconfiança, desrespeito, ameaças, torturas, extorsão, abuso de poder, independentemente do estrato social desses garotos (Minayo *et al*, 1999).

Os jovens são reconhecidos como vítimas preferenciais para a violência. Cardia (1999) informa que são freqüentemente vítimas e testemunhas, além de conhecerem mais os agressores, que a faixa etária mais velha. A proximidade é tamanha, a ponto de 48% dos jovens das capitais brasileiras entrevistadas terem colegas que espancaram outras pessoas; 36% colegas que andam armados; e 14% amigos que mataram outras pessoas. De toda essa violência comunitária, sobressai o fato de que, na população, jovens são os que mais relatam perda de amigos e parentes e mudanças de bairro por problemas de violência.

Nesse cenário de amplo espectro de violência estrutural e de significativas formas de violência familiar, escolar, comunitária e social, aponta-se e destaca-se o problema dos adolescentes e jovens que se encontram em conflito com a lei.

1. Violência juvenil: autores e porta-vozes de uma cultura da violência

Uma revisão da produção nacional da área da Saúde Pública no Brasil mostra que a violência juvenil vem recebendo abordagem diferenciada na produção nacional nas duas últimas décadas do século XX. Nos anos 80, se privilegiavam diagnósticos e considerações sociológicas sobre delinquência juvenil e seus possíveis sinônimos, tais como marginalidade, criminalidade, infração, pequenos bandidos e menor. Na década de 90, a área da Saúde Pública se destaca, tomando como referência a entrada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no cenário nacional. Os adolescentes agora denominados como autores de atos infracionais ou indivíduos em conflito com a lei, recebem status de sujeitos plenos de direitos. Na área da Saúde Pública, passam a ser investigados sob outros prismas, tais como a busca da motivação para o cometimento do ato infracional, consumo drogas e inserção no tráfico de drogas, medicalização e psiquiatrização da violência juvenil (ASSIS; CONSTANTINO, 2003).

A complexificação do debate no País acompanha tendência internacional que concebe que a violência juvenil não pode ser compreendida isoladamente. Exaustiva revisão bibliográfica feita pela OMS (KRUG *et al.*, 2002) indica vários comportamentos e diversas situações de risco relacionadas à violência juvenil, tais como participação constante em brigas, porte de armas, cultivo da masculinidade violenta, influência de álcool e outras drogas. É possível organizar tais fatores em diversos níveis que, atuando de forma sinérgica, aumentariam a vulnerabilidade para a delinquência:

- a) Individual: características biológicas, tais como ter danos neurológicos sutis; características psicológicas como impulsividade, hiperatividade, precário controle diante de frustrações, deficiência de atenção e incapacidade de planejamento e fixação de metas;
- b) Relacional: maus-tratos familiares, passar a infância em família com grandes conflitos e vínculos afetivos deficientes, ter família monoparental e não contar com suporte social comunitário; sofrer influência de amigos delinquentes;
- c) Comunitário: comunidade com altos índices de criminalidade, com a existência de gangues, drogas e armas de fogo, que possuam baixo capital social, isto é, baixa credibilidade nas instituições sociais;
- d) Social: mudanças sócio-demográficas não planejadas como imigração e urbanização desordenada, desigualdade de renda, insatisfação com o governo e com a atuação da polícia, normas culturais que apontem a violência como forma de resolver conflitos e diferenças e que valorizem escolhas oportunistas.

Fatores situacionais também propiciam a ocorrência de violência juvenil, tais como locais desprotegidos ou situações de vulnerabilidade, a exemplo do fácil acesso a armas e drogas. O consumo de substâncias psicoativas, a convivência com pessoas que consomem drogas e a proximidade da juventude com o tráfico de drogas, embora não seja tema focalizado com o destaque que merece no presente texto, tem profundo impacto na situação de violência enfrentada pelos jovens brasileiros em geral e não apenas pelos que estão em situação de maior vulnerabilidade, como é o caso dos adolescentes em conflito com a lei.

Dados de janeiro de 2004 do Ministério da Justiça refere a existência de 39.578 adolescentes em situação de conflito com a lei cumprindo medida no sistema socioeducativo brasileiro. Desse total, 47% estão cumprindo liberdade assistida; 24% medida de internação; 19% prestação de serviços à comunidade; 7% internação provisória e apenas 3% cumprem medida socioeducativa de semiliberdade, indicando que essa medida que necessita de apoio comunitário em meio aberto ainda é muito pouco utilizada (BRASIL, 2004).

Essas medidas socioeducativas predominam no cenário do atendimento aos autores de atos infracionais desde o início da década de 90. Entre setembro/outubro de 2002, o Ministério da Justiça em conjunto com o Ipea realizou um mapeamento nacional das unidades de internação de privação de liberdade que oferece importantes dados sobre o perfil dos 9.555 adolescentes entre 12 e 20 anos de idade em situação de privação de liberdade, internados nas 190 instituições existentes no País (SILVA; GUERESI, 2003). Observa-se, nesse ano, uma relação de três adolescentes privados de liberdade para cada dez mil. Essa realidade é distinta segundo capitais brasileiras, com algumas se destacando pelo excessivo número de internados, a exemplo de Amapá (taxa de 8,4 para cada dez mil) e Acre (7,4 por dez mil). Nessa última cidade percebe-se que a internação é frequentemente uma medida indicada para delitos leves, contrariando o que reza o ECA. As referidas estatísticas estão subestimadas pela ausência da informação de 30% dos adolescentes privados de liberdade de São Paulo e metade dos municípios gaúchos.

O perfil desses adolescentes expõe claramente a situação de desigualdade a que os jovens estão sujeitos desde o nascimento. Do total de adolescentes internados, 94% são homens; 76% tinham entre 16 e 18 anos; 60% são afrodescendentes; 87% não haviam concluído o Ensino Fundamental e 6% eram analfabetos; 51% estavam fora da escola ao praticar a infração e 66% viviam em famílias com rendimento inferior a dois salários mínimos.

O consumo de drogas é muito alto entre os que estão internados (86%), dividindo-se entre o uso de maconha (67,1%), álcool (32,4%), cocaína (31,3%) e inalantes (22,6%). Esses índices são bem mais elevados se comparados a estudos que mensuram o consumo de substâncias entre escolares brasileiros (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 1997).

Os tipos de delitos mais cometidos pelos adolescentes privados de liberdade são roubo (29,6%), homicídio (18,6%), furto (14%) e tráfico de drogas (8,7%). Esse último tipo de delito está praticamente concentrado em poucos estados brasileiros (Rio de Janeiro e São Paulo respondem por 73% das internações; Paraná, Pernambuco e Mato Grosso do Sul por 17%).

No Brasil, é variada a formação de grupos juvenis para o cometimento de transgressões. Nas áreas em que o tráfico de drogas é proeminente, predominam os interesses econômicos de cada “boca de fumo”. Em outros locais, os jovens se agregam mais em função do seu bairro e dos interesses comuns aos grupos de cada localidade (ASSIS, 1999). Essas diferenças poderiam se encaixar dentro do que Zaluar (1997) define como quadriilhas e galeras. As primeiras costumam ter hierarquia bem definida e possuir pequeno número de pessoas que se organizam com a finalidade de desenvolver atividades ilegais para o enriquecimento de seus membros. Já as galeras se caracterizariam por serem organizações sem chefia instituída, regras explicitadas e rituais de iniciação, geralmente com estreita relação com os bairros em que vivem, que se reúnem mais para atividades recreativas sem, contudo, excluir a violência de seu repertório de sociabilidade. Uma das formas de agrupamento em galeras se dá entre jovens de classe média. Sejam eles de Brasília, como os que queimaram vivo um índio, ou de outras cidades metropolitanas, como os lutadores de artes marciais que cultivam gestos e atitudes agressivas, colecionando episódios de violência, numa cultura em que a pedagogia da briga e os valores machistas se mostram profundamente arraigados (MINAYO et al., 1999).

Uma área em que se nota claramente a importância da clivagem socioeconômica sobre a juventude é a da institucionalização dos que estão em conflito com a lei, no momento em que são privados de liberdade. A desumanidade no atendimento vem sendo denunciada por estudiosos e profissionais que lidam nessas instituições. No ano de 2002, constatava-se déficit de vagas para cumprimento de todos os tipos de medida socioeducativa no País, variando de 697 vagas para cumprimento de medida de semiliberdade até 1.499 para cumprimento de internação e 1.488 de internação provisória (SILVA; GUERESI, 2003). Esse déficit numérico que se cristaliza em superpopulação na instituição é apenas um aspecto do elevado grau de humilhação, agressões e expropriação de direitos a que está sujeita a comunidade que nessas instituições vive e trabalha (LIMA, 1993; PEREIRA, 1993; VOLPI, 1997; ALTOÉ, 1990; SILVA, 1997).

O perfil das unidades de internação existente no ano de 2002 mostra que, em 71% das unidades, o ambiente físico não é adequado às necessidades da proposta pedagógica, existindo, em média, 25 adolescentes por quarto; em alguns casos, 60 adolescentes coabitam o mesmo espaço. As condições de insalubridade são freqüentes. Embora 99% das unidades ofereçam Ensino Fundamental e 63 % Ensino Médio, a qualidade de ensino é questionada, bem como a ausência de certificação (em algumas unidades). O problema da capacitação insuficiente dos educadores para lidar com a clientela de adolescentes é ponto fundamental. Embora 85% dos estabelecimentos refiram realizar ações profissionalizantes, é comum que essas atividades estejam associadas à lógica da puni-

ção. A maioria das unidades busca atendimento nos serviços de saúde pública locais (94%), ação que fica comprometida pela dificuldade no traslado dos adolescentes para fora das instituições de internação. Mais da metade delas não realiza apoio ao egresso (53%), questão fundamental para reduzir a probabilidade de reincidência, conforme verificado em avaliações de programas de prevenção (SILVA; GUERESI, 2003).

Estudos revelam que um atendimento embasado em estratégias punitivas tem impacto limitado na prevenção da violência, podendo eventualmente contribuir para o seu aumento, especialmente se essa atenção estiver em desacordo com o que preconiza a lei e deseja a comunidade (SHERMAN, 1997).

Mesmo após 14 anos de implementação do ECA, continua precária a participação não-governamental no atendimento à essa população. Embora se saiba que a situação vem melhorando ano após ano, dados de 1997 indicam que 92% das medidas eram implementadas apenas pelo poder público; 2% por instituições não-governamentais e 1% em relação de parceria (BRASIL, 1998).

Vários estudos demonstram que o perfil socioeconômico dos adolescentes que entram em conflito com a lei é similar ao dos que morrem por homicídios, principal tipo de causa externa que vitimiza adolescentes. Essa similaridade indica que ambos os tipos de violência ocorrem no grupo social de mais baixa renda. Fatores como baixo nível socioeconômico e reduzido grau de instrução e frequência escolar, ocupações de baixa qualificação e consumo de drogas lícitas e ilícitas são freqüentes em ambos os grupos (FALBO NETO, 1999; CENTRO DE ARTICULAÇÃO DE POPULAÇÕES MARGINALIZADAS, 1993; ASSIS, 1999; ADORNO, 1999). Menos da metade dos adolescentes que faleceram por homicídios estavam estudando, especialmente os mais velhos; dentre os que estão inseridos em atividades formais e foram mortos por arma de fogo, predominam as ocupações da indústria de transformação e construção civil, atividades que refletem padrão socioeconômico mais baixo. (SZWARCOWALD; LEAL, 1998; ORLANDI, 2000). Ao mesmo tempo, dentre os jovens que reincidem nos atos infracionais, predominam os que não estão trabalhando e estudando e os que provêm de famílias com rendas inferiores a três salários mínimos (BRANDÃO, 2000).

2. Repercussão das múltiplas violências na mortalidade de adolescentes

A categoria causas externas, utilizada nas estatísticas de saúde, abrange todos os acidentes e violências (Classificação Internacional de Doenças/CID 9.a revisão – E-950.0 a E-959.9 e CID 10.a revisão – X60 a X84). Tem relevância fundamental na adolescência, especialmente entre os mais velhos; por essa razão, os dados são apresentados distinguindo-se duas faixas: 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.

O dados se referem a uma década, de 1991 a 2000, para o Brasil e capitais. O total dos óbitos segundo local de residência foi extraído do Sistema de Informação sobre Mortalidade/Datasus/MS e a população residente utilizada para cálculo das taxas provêm de dados estimados pelo IBGE, captada na home page do datasus/MS. As taxas de mortalidade foram calculadas para cem mil habitantes. Foram empregados alguns indicadores para avaliar a existência de correlação da mortalidade com nível socioeconômico, extraídos do Datasus/MS, e do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2003).

Para investigação da morbidade por internações por acidentes e violências no Brasil e capitais, foi analisado o ano 2000, face ao excessivo tamanho dessa base de dados, extraída do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/Datasus/MS). Estatísticas mais detalhadas poderão ser consultadas nos anexos. Ao longo do texto apresentam-se apenas algumas sínteses e dados mais relevantes.

A mortalidade de adolescentes e jovens por causas externas ascendeu no Brasil, na década de 90, comportamento que vem sendo verificado por vários autores em diversas cidades (BARROS, 1999; ORLANDI, 2000; VERMELHO, 1994; PAIVA, 1997). Entretanto, a ascensão da violência tem raízes mais antigas. Estudo que compara a mortalidade de jovens de 15 a 24 anos nas cidades de Rio de Janeiro e São Paulo, desde 1930 até 1991, aponta que esse crescimento se constatou entre os coeficientes de mortalidade do ano de 1950 para o de 1960 na primeira cidade e de 1960 para 1970 na capital paulista (VERMELHO; JORGE, 1996).

O padrão de mortalidade se altera à medida que o adolescente fica mais velho. Entre 10 e 14 anos os níveis se mantêm relativamente estáveis, com taxas de mortalidade agregadas para o Brasil alternando de 18,7 por cem mil habitantes em 1991 para 17,4 em 2000, num total de 33.260 mortes no período. Na faixa etária de 15 a 19 anos, morreram 117.775 jovens por causas externas na década, ressaltando-se crescimento de 8,7% (passando de 69,2 para 75,2 por cem mil habitantes).

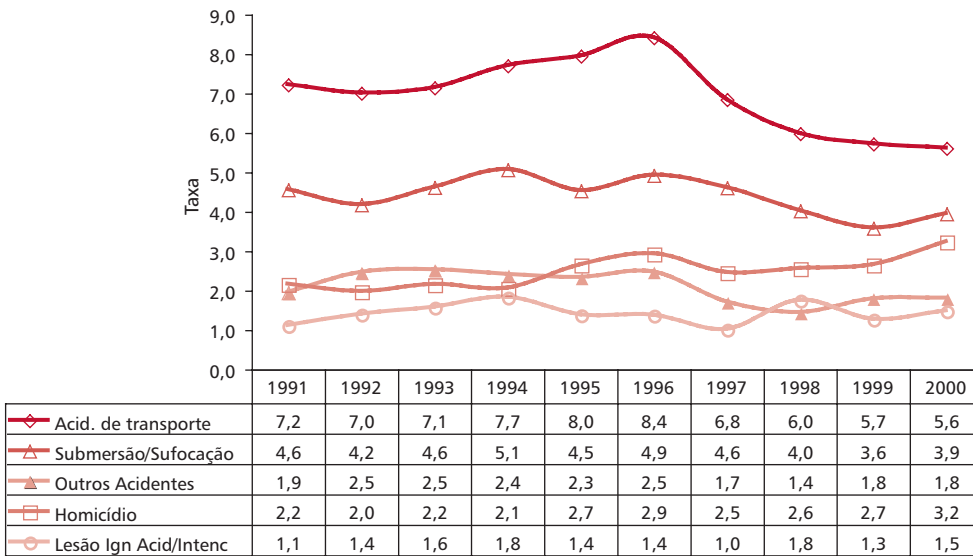
A relevância das causas externas se fundamenta não apenas pelas mortes de 151.350 adolescentes brasileiros na década de 90 (com a absurda marca de 41 adolescentes mortos por dia ao longo de toda a década), mas também pelo fato de ser a primeira entre todas as causas de morte nesse grupo, ano após ano. Em 2000, foi responsável por 3.016 óbitos (47,9% do total) na faixa etária de 10 a 14 anos e 13.485 (70%) entre 15 e 24 anos.

O perfil de mortalidade entre os grupos etários é diferenciado. Entre os adolescentes de 10 a 14 anos, conforme se pode verificar no gráfico 1, predominam ao longo da década as mortes decorrentes de acidentes de transporte, com 12.274 óbitos no período. Diariamente morreram aproximadamente três adolescentes por essa causa. Nota-se nítido decréscimo nas taxas de mortalidade: passam de 7,2 para 5,6 por cem mil habitantes na década. Os atropelamentos de pedestres predominam, sendo responsável por 40% dos 973 óbitos por acidentes de transporte ocorridos no ano 2000. Os acidentes não especificados são muito freqüentes ao longo da década, indicando dificuldade em se estabelecer com segurança a causa que motivou o acidente (29,9% em 2000). São seguidos pelos acidentes de jovens nas condições de ocupantes de veículos (17,9%) e como ciclistas e motociclistas (8,3%).

O decréscimo da mortalidade por acidentes de trânsito vem sendo comentado em estudos nacionais, apontando fatores relevantes para a redução dessa tendência, como a aplicação do Código de Trânsito Brasileiro de 1998, a maior utilização de cinto de segurança e a melhoria da qualidade na produção dos carros nacionais pela competição com os estrangeiros (ORLANDI, 2000; JORGE 1988).

Gráfico 1

Mortalidade de jovens de 10 a 14 anos por principais tipos de Causas Externas. Brasil, 1991 a 2000



As mortes por submersão e por sufocação são a segunda causa de morte nessa faixa de idade, com 7.768 mortes na década. As taxas passam de 4,6 para 3,9 por cem mil habitantes do início ao final da década, com oscilações no período. A maioria das mortes desse grupo é devida a afogamentos e submersões (95% dos óbitos no ano de 1998). Os outros acidentes estão, em sua maioria, não especificados; mas há também um número significativo de óbitos decorrentes de acidentes com corrente elétrica, radiação e forças mecânicas inanimadas.

Os homicídios seguem, em ordem de importância, como causa de morte. No período investigado, morreram 4.386 adolescentes (em média um por dia), com taxas crescentes: passam de 2,2 para 3,2 por cem mil ao longo dos dez anos investigados. Essas taxas podem estar subestimadas, face ao número de mortes (2.507 na década) que são decorrentes de lesões ignoradas se acidental ou intencionalmente infligidas (taxas crescem de 1,1 para 1,5 por cem mil na década). No ano 2000, 17% dessas mortes sem intencionalidade atribuída foram provocadas por armas de fogo. Autores reiteram que as lesões ignoradas são geralmente decorrentes de acidentes de trânsito e homicídios (SOUZA, 1991; JORGE, 1990).

Apenas no ano 2000 vieram a óbito no Brasil 562 adolescentes entre 10 e 14 anos por homicídios, 66% deles provocados pela utilização de armas de fogo. Vale apontar que no ano de 1991 era menor o percentual de óbitos de adolescentes provocado por arma de fogo (49,5%), apontando para maior disseminação e acesso dessas armas na sociedade brasileira.

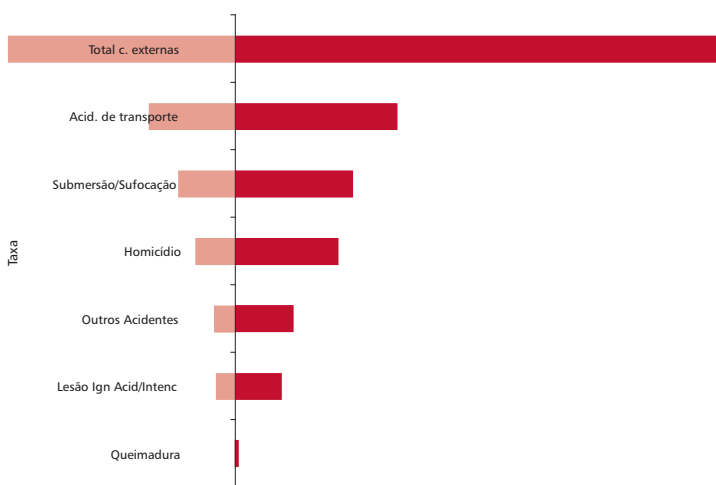
Homicídios praticados com objetos cortantes e contundentes são responsáveis por 10,5% dos óbitos em 2000, seguidos pelos estrangulamentos (3,9%). A falta de informação sobre o mecanismo da morte cai significativamente no período, chegando a 10% de homicídios não especificados (era 31,3% em 1991), denotando melhoria da qualidade da informação existente das estatísticas de saúde.

O registro de mortes provocadas por maus-tratos e negligência é ínfimo: um óbito em 1991 e quatro em 2000. Esse sub-registro não surpreende, pois autores têm demonstrado sérios problemas, envolvendo a informação dada pela família, a capacidade de escuta e o registro dos profissionais de saúde e policiais (JORGE, 1988; VICO, 2001).

No gráfico 2, pode-se verificar as causas externas distribuídas segundo o sexo. A sobremortalidade masculina já é evidente: morreram 2,2 adolescentes do sexo masculino por causas externas em 2000 para uma adolescente do sexo feminino. Essa sobremortalidade é menor para os acidentes de trânsito (1,9: 1) e maior em relação aos homicídios (2,6: 1).

Gráfico 2

Mortalidade de jovens de 10 a 14 anos por principais tipos de Causas Externas segundo sexo.
Brasil, 1991 a 2000



| | Queimadura | Lesão Ign Acad/Intenc | Outros Acidentes | Homicídio | Submersão/Sufocação | Acid. de transporte | Total c. externas |
|-------------|------------|-----------------------|------------------|-----------|---------------------|---------------------|-------------------|
| ■ Masculino | 0,2 | 2,1 | 2,6 | 4,6 | 5,3 | 7,3 | 22,0 |
| ■ Feminino | 0,1 | 0,9 | 1,0 | 1,8 | 2,6 | 3,9 | 10,2 |

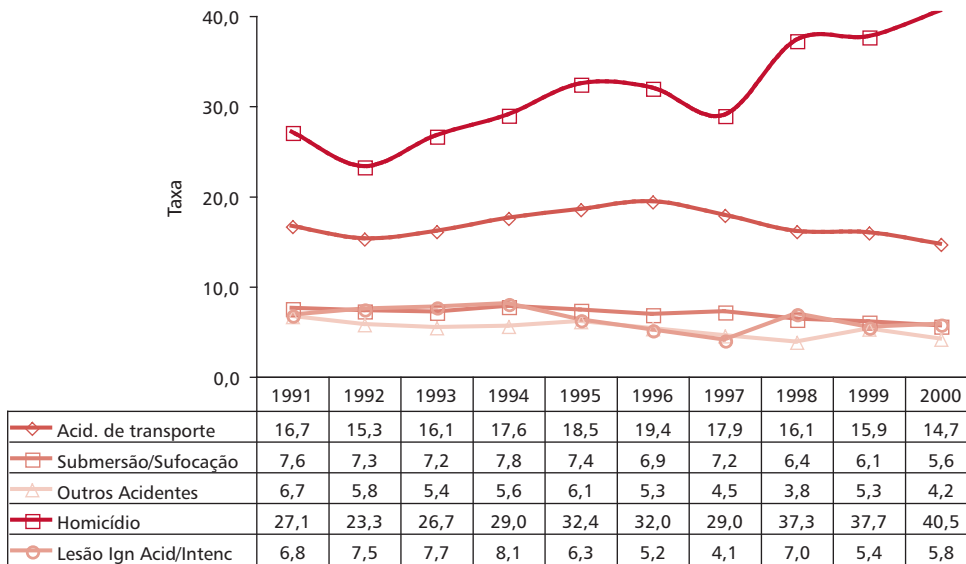
Há grande diferença quanto à mortalidade por causas externas entre adolescentes de 10 a 14 anos entre as capitais brasileiras. Porto Velho/RO, Palmas/TO, Macapá/AP, Rio Branco/AC e Boa Vista/RR, capitais localizadas na Região Norte, se destacam com taxas bem superiores (entre 31,7 e 38,2 por cem mil) às observadas para o Brasil, que são de 17,4 por cem mil. Entre as capitais com menores taxas estão algumas das regiões Nordeste e Centro-Oeste: Maceió/AL, Salvador/BA, Fortaleza/CE, Natal/RN e Cuiabá/MT (oscilando entre 12,5 e 15,6 por cem mil).

Contando apenas o ano 2000, morreram 13.485 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade por causas externas. Esse crescimento deu-se, especialmente, pela elevação da mortalidade por homicídios: em 1991, morreram 4.066 adolescentes (taxa de 27,1 por cem mil habitantes); em 2000, esse número se elevou para 7.271 (taxa de 40,5 por cem mil), verificando-se um crescimento de 49,5% (gráfico 3).

Considerando-se toda a década de 90, 51.967 óbitos de adolescentes foram devidos a homicídios.

Gráfico 3

Mortalidade de jovens de 15 a 19 anos por principais tipos de Causas Externas. Brasil, 1991 a 2000



Setenta e quatro por cento dos homicídios ocorridos em 2000 foram causados pela utilização de armas de fogo. Em 1991, o percentual era de 55,7%. Objetos cortantes e contundentes são responsáveis por 9,5% no ano mais recente. Quatro casos de óbitos de adolescentes entre 15 e 19 anos foram decorrentes de negligência e maus-tratos em 2000; nenhum caso havia sido notificado em 1991.

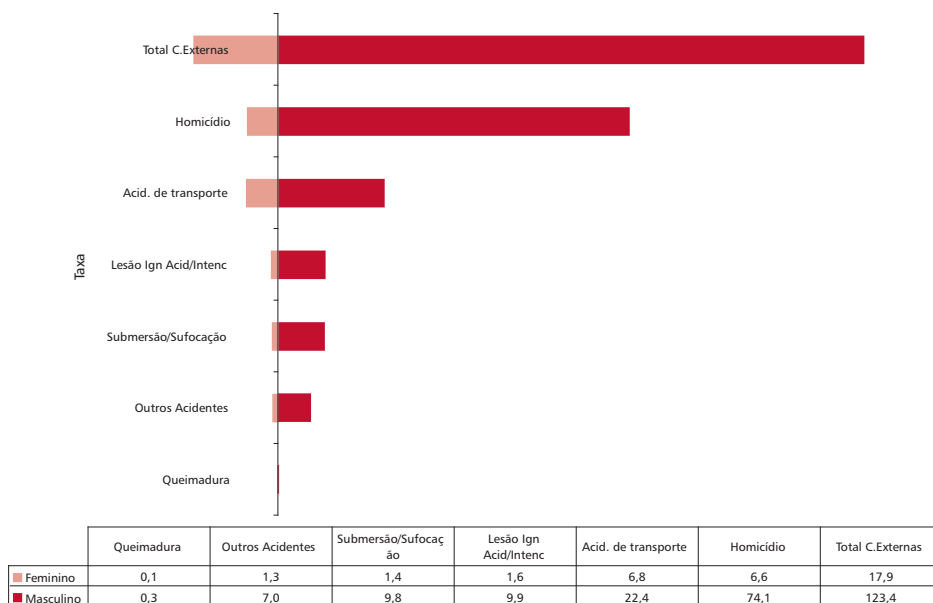
Reduziram-se, na década, as mortes decorrentes de acidentes de transporte (16,7 para 14,7 por cem mil habitantes), tendência especialmente observada nos últimos anos. Embora seja elevada a desinformação sobre o tipo de acidente ocorrido (37,9% em 2000), é relevante a mortalidade de adolescentes ocupantes de veículos automotores de quatro rodas (22,2%) e pedestres (20,4%), seguidos pelos acidentes com ciclistas e motociclistas (17,7%).

Também se constatou declínio, ao longo dos anos, para os óbitos decorrentes de submersão e sufocação, em que as taxas passaram de 7,6 para 5,6 por cem mil habitantes e, para os provocados por afogamentos e outros acidentes que baixaram de 6,7 para 4,2 por cem mil. Igualmente se reduziram as lesões ignoradas se acidental ou intencionalmente cometidas, de 6,8 para 5,8 por cem mil. As mortes por essas lesões, embora declinantes no período, foram responsáveis por 10.360 óbitos mal identificados, sugerindo uma inflação da mortalidade por acidentes e especialmente por homicídios. Cerca de 40% dos homicídios que ocorreram no ano 2000 nesse grupo de idade foram provocados por armas de fogo.

A sobremortalidade masculina nessa faixa etária é bem maior que a observada entre adolescentes de 10 a 14 anos: morrem 6,4 rapazes de 15 a 19 anos para cada moça da mesma idade por causas externas, com taxas respectivas de 129,3 e 20,4 por cem mil entre as garotas. A supremacia masculina é ainda mais intensa em algumas capitais a exemplo de São Paulo, em que morrem 10,7 rapazes de 15 a 19 anos para cada moça.

Gráfico 4

Mortalidade de jovens de 15 a 19 anos por principais tipos de Causas Externas. Brasil, 1991 a 2000



Várias capitais possuem taxas de mortalidade por causas externas bem superiores às encontradas para o Brasil, que foi de 75,2 por cem mil em 2000. Destacam-se capitais espalhadas por quatro regiões do País: São Paulo/SP (153,1 por cem mil), Recife/PE (152,5 por cem mil), Rio de Janeiro/RJ e Boa Vista/RR (145,4 por cem mil), Cuiabá/MT (142,1 por cem mil) e Macapá (136,7 por cem mil).

Algumas outras capitais apresentam perfil oposto, possuindo taxas inferiores à nacional, a exemplo de Florianópolis (45,9 por cem mil), São Luís/MA (50,4 por cem mil), Salvador/BA (60,3 por cem mil), Teresina/PI (61,9 por cem mil) e Natal/RN (67,2 por cem mil). Vale lembrar que estados como Maranhão e Piauí são tradicionalmente reconhecidos pelo elevado sub-registro de óbitos (JORGE, 1998).

Embora os suicídios não ocupem destaque numérico entre as demais causas de violentas de morte, vale a pena ressaltar que na década faleceram 6.154 adolescentes por essa causa (quase dois por dia ao longo da década). Souza (2003) refere o crescimento das taxas de suicídios entre jovens de 15 a 24 anos ao consolidar a mortalidade de nove capitais brasileiras no período de 1979 a 1995, principalmente decorrentes da utilização de armas de fogo. O tema dos suicídios, por sua relevância, será destacado em capítulo à parte.

Analisando-se a correlação entre a mortalidade de adolescentes (10 a 19 anos) por causas externas nas capitais brasileiras no ano 2000 e indicadores que avaliam o nível socioeconômico (coeficiente de correlação de Pearson – nível de significância de 5%), constata-se que apenas o indicador razão de dependência (maior percentual de pessoas abaixo de 15 anos e acima de 64 anos, consideradas economicamente menos produtivas) se mostrou correlacionado com as taxas de mortalidade por causas externas de adolescentes nas capitais brasileiras. As capitais com maiores taxas são as que possuem mais pessoas economicamente não produtivas. Não se observou correlação com outros indicadores sociodemográficos, tais como: esperança de vida ao nascer, grau de urbanização, renda per capita familiar, taxa de alfabetização, número de pessoas por domicílio, anos de estudo e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

3. Reflexos da violência nos dados de morbidade

A sociedade brasileira desconhece a relação entre a mortalidade e a morbidade por causas externas, em função de deficiências das estatísticas nacionais, especialmente as referentes à morbidade. Considerando-se a relação entre os 16.501 óbitos de adolescentes ocorridos no Brasil decorrentes de acidentes e violências no ano 2000 e as 108.824 internações hospitalares na rede própria conveniada do Sistema Único de Saúde (SUS) – excetuando o atendimento de emergência hospitalar – nesse mesmo ano houve sete internações hospitalares no SUS para cada óbito ocorrido. Esse dado, parcial, exclui também todas as consultas ambulatoriais realizadas nos serviços públicos além de todos os atendimentos efetuados em rede privada.

Estudos internacionais revelam que, para cada morte de jovem por homicídio, existem 20 a 40 casos de violência não fatais que chegam a receber tratamento hospitalar. Em alguns países, essa relação é ainda maior, a exemplo de Israel, cuja taxa de mortalidade por homicídios em jovens de 18 anos é de 1,3 por cem mil entre habitantes do sexo masculino e 0,4 por cem mil entre mulheres. A taxa de tratamento emergencial por lesões violentas nos serviços de saúde desse país é de 196 por cem mil, dando uma relação de uma morte para 151 atendimentos emergenciais (KRUG et al., 2002). A explicação para essa flagrante diferença entre morbidade e mortalidade por violência é ainda insipiente, podendo estar calcada em vários fatores, como gravidade das lesões, presteza e qualidade do atendimento e do registro das informações.

O custo total da internação de adolescentes na rede hospitalar pública brasileira (excetuando os atendimentos emergenciais) em decorrência de acidentes e violências no ano 2000 foi de 48 milhões de reais. Estudos demonstram a relevância do gasto com internações hospitalares por causas externas no País e representam aproximadamente 8% dos dispêndios em relação às demais causas de óbitos. Por outro lado, o gasto-dia com acidentes e violências é cerca de 6% superior à média geral das demais internações (SOUZA, 2003).

O custo econômico social de uma internação de jovens entre 15 e 24 anos tem sido destacado, embora dados específicos para as hospitalizações decorrentes de acidentes e violências não sejam muito estudados. Travassos e Lebrão (1998), analisaram que internações hospitalares em setores de clínica médica e cirúrgica, obstetrícia e pediatria de adolescentes entre 15 e 19 anos de idade tiveram um custo total de 201 milhões de dólares em 1995, originando oito milhões de dias afastados do cotidiano familiar, escolar, social e profissional. Mesmo que esse dado não se restrinja às causas externas, servem para ilustrar o custo que a sociedade paga, em grande parte, por falta de prevenção e por inconsciência quanto aos agravos preveníveis. Certamente que se fosse possível crescer os atendimentos emergenciais e ambulatoriais, esse valor seria muitíssimo superior.

A taxa de internação para o País é de 2,9 por mil habitantes (‰) na faixa de 10 a 14 anos e de 4,5‰ entre adolescentes mais velhos. Duas capitais se destacam por possuírem mais elevadas taxas de internação de adolescentes: Palmas/TO e São Luís/MA. Ambas capitais possuem taxas superiores a 10‰ na faixa etária de 10 a 14 anos e acima de 7,4‰ entre adolescentes mais velhos.

Em 2000, 50.361 adolescentes de 10 a 14 anos se internaram na rede pública de saúde. Os meninos hospitalizaram-se com frequência muito superior às meninas (37.707 internações,

taxa de 4,3‰; 12.654 e 1,5‰, respectivamente). Os jovens nessa faixa de idade ficam, em média, 3,7 dias internados. Os meninos permanecem mais tempo que as meninas dessa idade (4,3 dias versus 1,5). Algumas capitais se destacam pelo elevado tempo de permanência: Vitória, Rio de Janeiro e Brasília (entre 6,6 e 6,9 dias). Boa Vista informa em média 11 dias de internação de jovens de 10 a 14 anos, decorrentes de acidentes e violências.

A Taxa de Mortalidade Hospitalar (TMH) nessa faixa etária é de 0,7 óbitos por cada cem internações. Observando-se os tipos de causas externas, algumas têm TMH mais elevada: em 2000, ocorreram 3,6 mortes decorrentes de prestação de cuidados médicos para cada cem internações; 2,7 mortes por cem internações hospitalares conseqüentes a homicídios, submersões e sufocações e ainda 1,9 óbitos por cem internações provenientes de acidentes de transporte. Algumas capitais se sobressaem por elevadas taxas de mortalidade hospitalar por causas externas na faixa etária estudada. Florianópolis/SC é uma delas, com 3,3 mortes por cem internações. Porto Velho/RO e Salvador/BA seguem em ordem decrescente de importância, com 2,7 e 2,1 óbitos por cem internações.

O custo médio do atendimento público de saúde oferecido às vítimas é de R\$ 382,49. Esse custo passa por variações segundo os tipos de causas externas. Dentre os de custo mais elevado, estão: queimaduras (R\$ 694,26), tentativas de homicídios (R\$ 527,36), acidentes de transporte (R\$ 503,34) e tratamento das seqüelas de acidentes e violências (R\$ 518,76). Dentre as capitais brasileiras, Vitória/ES apresenta o maior custo médio para o atendimento nessa faixa etária: R\$ 611,46. A capital onde o custo é menor é São Luís/MA (R\$195,84). Vários fatores podem explicar as variações encontradas entre as cidades, tais como gravidade das lesões, diversidade dos subgrupos de causas, organização e resolutividade da rede de atenção em saúde, além da qualidade da informação gerada em cada município.

Os adolescentes mais velhos (15 a 19 anos) foram responsáveis por 58.463 internações. A predominância de rapazes é ainda maior que a observada na faixa etária mais nova: são 45.511 internações do sexo masculino (taxa de 5‰) e 12.952 do sexo feminino (1,5‰).

Os adolescentes mais velhos ficam mais tempo internados por causas externas que os mais novos (4,5 dias). A permanência hospitalar dos rapazes dessa faixa etária é ainda maior que a verificada para os adolescentes mais jovens: ficam em média cinco dias internados enquanto as meninas ficam apenas 1,5. O tempo médio de internação observado entre os adolescentes do sexo masculino se aproxima significativamente do encontrado para adultos internados por agressão.

A Taxa de Mortalidade Hospitalar dos adolescentes mais velhos – 2,1 óbitos por cem internações – é superior à verificada para os pares mais novos. Contribuem para essa mortalidade hospitalar principalmente as queimaduras, as submersões, as sufocações e os homicídios (cada causa com taxa de cinco óbitos por cem internações). As internações decorrentes de acidentes de transporte são responsáveis por 3,5 óbitos por cem internações. João Pessoa/PB, Salvador/BA e Boa Vista/RR possuem taxas preocupantes: 3,8, 3,6 e 3,6 mortes por cem hospitalizações, respectivamente.

O custo médio das internações por causas externas também é maior entre os adolescentes mais velhos – R\$ 491,47. Os tipos de acidentes e violência com mais elevado custo são os homicídios (R\$ 708,19), seguidos pelos acidentes de transporte (R\$ 643,30), queimaduras (R\$ 601,86), intervenções legais (R\$ 542,87), tratamento de seqüelas (R\$ 528,26) e complicações tardias de acidentes e violências (R\$ 527,58). Algumas capitais

se destacam pelo elevado custo médio do atendimento oferecido: Florianópolis/SC (R\$ 896,68), Curitiba/PR (R\$ 690,28), São Paulo/SP (R\$ 681,58), Belo Horizonte/MG (R\$ 667,52), Goiânia/GO (R\$ 615,00) e Manaus/AM (R\$ 602,63).

4. Iniciativas e referências de promoção dos direitos e enfrentamento da violência

Tendo em vista a magnitude que os óbitos por agressões representam no perfil da morbimortalidade dos jovens nos últimos anos, opta-se por destacar três áreas em que vêm ocorrendo iniciativas nacionais ou regionais significativas, apresentando potencial contribuição para a transformação do quadro de violência na escola, no trabalho e infração juvenil.

Abordam-se, inicialmente, algumas iniciativas cujo foco é a inserção e a integração de adolescentes e jovens na escola. Nota-se nessas atuações a valorização dessa instituição como: importante promotora da cultura da paz; promotora, ao lado da família, do desenvolvimento de crianças e adolescentes; minimizadora da vulnerabilidade a diversas formas de violências; e, ainda, instrumento essencial para a promoção de cidadania e inclusão social.

A partir de 1999, o governo federal tomou a prevenção da violência nas escolas como um dos eixos de atuação. Com esse propósito foi criada uma campanha nacional, intitulada Educação para a Paz, ampliando os horizontes de várias outras frentes tais como o Se Liga Galera, Projeto Paz, Sou da Paz, dentre tantas outras em diversas capitais (KAHN, 2001). Em seguida, foi criado o Instituto Sou da Paz que se aliou ao Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente (Ilanud) a fim de dar seqüência à campanha. Todas essas iniciativas declaram o objetivo de aumentar as ações voltadas à resolução de conflitos e de convivência pela discussão, pelo diálogo e pela tolerância. A proposta é de incluir o jovem como protagonista das ações, valorizando seu potencial mobilizador, tomando-o a partir de suas muitas capacidades e habilidades. Os vários atores consideram importante etapa de trabalho a promoção de amplo debate e sensibilização da comunidade escolar sobre o problema da violência e sobre os direitos humanos (GUIMARÃES, 2001). Constatam, tal como pesquisa do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (MINAYO et al., 1999), que inexistem ou são frágeis os grêmios estudantis, vistos, anos atrás, como importante meio de promover experiências de organização, de desenvolvimento de consciência crítica e de cidadania entre os jovens.

Também a Unesco lançou um programa denominado Escolas de Paz, que oferece a jovens de escolas situadas em regiões de elevada vulnerabilidade social, em vários estados do País, oportunidades de acesso à cultura, ao esporte, à arte e ao lazer. Utiliza como estratégia a abertura de escolas nos finais de semana, buscando congrega também a comunidade e a família, visando a estimular o convívio social (ABRAMOVAY, 2001). Com a experiência originada neste trabalho, recentemente a Unesco divulgou os atributos de escolas inovadoras que se destacam nacionalmente pela existência de: “bom clima”, destacando-se a capacidade relacional entre os componentes da comunidade escolar; gestão inovadora, aberta e flexível a mudanças; valorização de todos os componentes da comunidade escolar; exercício do diálogo; trabalho coletivo; participação da família e comunidade nas atividades escolares; ressignificação do espaço físico da escola; incremento da sociabilidade e a construção do sentido de pertencimento (ABRAMOVAY, 2003).

Os atributos positivos encontrados em escolas do País confirmam outra pesquisa realizada em sete países da América Latina, também pela Unesco (2002). Estudando uma amostra das que se localizavam em áreas vulneráveis, cujos alunos apresentavam rendimento acadêmico elevado em matemática, encontrou que o diferencial não estava nos investimentos tecnológicos e sim na forma de gestão dinâmica e voltada para a inovação, em processos pedagógicos centrados na idéia de protagonismo juvenil, na presença significativa dos pais, na real existência de uma comunidade escolar, nos processos de aprendizagem orientados ao trabalho em equipe, na existência de nexos significativos entre docentes e diretores, numa autoridade escolar compartilhada e na liderança dos diretores. A comunidade é afetada positivamente por escolas com tal perfil e acaba por se integrar, oferecendo apoio. Os problemas escolares e comunitários continuam existindo, mas são administrados e administráveis pelo clima colaborativo que existe.

Os programas de prevenção à violência nas escolas norte-americanas apontam resultados similares (SHERMAN et al., 1997). Um estudo que faz a avaliação dessas propostas mostra aqueles que têm bons resultados não apenas pela redução da violência escolar, mas também porque cooperam com o bom rendimento acadêmico e crescimento moral dos adolescentes. São eles:

- a) programas voltados para aumentar a capacidade da escola de se abrir à sociedade, iniciar e sustentar transformações na escola e na comunidade ao redor;
- b) programas que envolvem a família e a comunidade de forma participativa na gestão escolar;
- c) programas direcionados à melhoria de relacionamento entre alunos tendo como base a ética e a cidadania, fundamentados em aprendizado de limites, resolução de conflitos, aumento da competência escolar e social e modificação de comportamentos;
- d) programas que valorizam e capacitam educadores para a prevenção da violência na escola e
- e) programas de apoio à educação pré-escolar.

Mesquita Neto et al. (2004), apresentando 109 programas de prevenção aos crimes e violência em desenvolvimento no Brasil, relatam que 13 estão centrados na escola e outros 18 desenvolvem intervenções relacionadas com o espaço escolar, de forma integrada a ações em outras esferas, especialmente com a comunidade. É muito frequente a oferta de atividades extracurriculares, seguida por outras que priorizam a democratização do espaço escolar, o estímulo ao protagonismo juvenil e debatem o consumo de drogas. Nesses programas percebe-se que há uma visão mais global de que não se enfrenta a violência nas escolas apenas com medidas estritas de segurança e sim com estratégia de integração de toda a comunidade escolar.

A promoção da escolarização e da maior permanência nas escolas entre adolescentes e jovens em situação de risco social e a provisão de apoio econômico a suas famílias também constituem um dos temas importantes para a prevenção à violência decorrente das condições de trabalho juvenil, sendo um dos eixos prioritários do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti). A permanência na escola é também mencionada como estratégia fundamental no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. No discurso das duas políticas também se reconhece a importância do fortalecimento dos vínculos familiares e a necessidade de se dar suporte para que os pais possam exercer melhor seu papel de proteção dos filhos.

Autores (CAMPOS, 2002; SILVA, 2003) apontam que o trabalho infantil, seja ele realizado no âmbito do lar ou fora dele, na absoluta maioria dos casos acontece sob a administração das famílias. Os pais, pelas necessidades econômicas, por entenderem que a inserção em atividades laborais fortalece e enobrece o caráter ou por desejarem ganhos adicionais, são os responsáveis pela inserção de crianças e adolescentes no trabalho. Dessa forma, entende-se que qualquer ação de eliminação do trabalho infanto-juvenil deve ter como estratégia atingir as famílias com programas de renda ou de mudança cultural. Vale a pena ressaltar que a recente redução e regulamentação do trabalho juvenil vem alcançando êxito no País, devendo ser enaltecida a integração da sociedade civil por meio da ação de ONG e empresas com os esforços governamentais.

A desafiadora questão da prevenção da infração juvenil tem ocupado vários autores internacionais. A OMS (KRUG et al., 2002), a partir de exaustiva pesquisa sobre as iniciativas que já passaram por alguma avaliação e mostraram alguma efetividade de resultados, indica:

- a) estratégias individuais: programas de desenvolvimento social para reduzir comportamento anti-social e agressivo, visando ao controle da ira, à modificação de comportamentos, à reflexão moral e à melhora de aptidões sociais. Outras iniciativas que ainda necessitariam de avaliação mais rigorosa seriam os programas para prevenção de gravidez precoce, de reforço escolar, de apoio para jovens mais vulneráveis continuar os estudos de nível médio e superior e de orientação vocacional;
- b) estratégias relacionais: programas de apoio a famílias em situação de risco baseados em visitas comunitárias, especialmente durante a primeira infância; de educação para a criação de crianças e manejo de relações familiares; programas com mentores, ou seja, com adultos que podem ser professores, vizinhos ou conselheiros que constituiriam referência para a orientação e conduta juvenil; orientação terapêutica para famílias e jovens;
- c) estratégias comunitárias: programas de polícia comunitária; de redução da disponibilidade de bebidas alcoólicas; de atividades extracurriculares, tais como esportes, recreação e artes;
- d) estratégias sociais: programas de geração de emprego e de redução da concentração da pobreza nas zonas urbanas; de redução de circulação e de acesso a armas de fogo. Outras estratégias ainda não foram devidamente avaliadas, tais como: campanhas contra violência, controle de exposição de atos violentos na mídia; ações de melhoria do sistema judiciário e aparato policial; de redução de desigualdades sociais e reformas educacionais.

Cabe lembrar que idealmente os programas deveriam agir de forma integrada, atuando junto ao jovem por meio de vários âmbitos de influência: individual, familiar, comunitária e social.

No Brasil, há muito ainda que se fazer para melhorar o sistema de justiça e o atendimento aos adolescentes em conflito com a lei. Ainda poucos municípios desenvolvem programas voltados para aplicação e execução de medidas socioeducativas em meio aberto (liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade) a exemplo de Santo Ângelo/RS, Boa Vista/RR, Recife/PE, Belo Horizonte/MG e recentemente São Paulo. A municipalização desse atendimento, se feita na comunidade de residência dos adolescentes, pode permitir a integração e melhor atuação das instituições que oferecem

esses serviços com as comunidade e famílias de origem dos jovens. Nessa esfera de atenção, fica mais fácil realizar um atendimento integrado, congregando acompanhamento jurídico, atendimento individual e em grupo e à família, inserção em cursos profissionalizantes, estágios e pagamento de bolsas, visitas domiciliares, inserção do adolescente e da família na rede de serviços, atividades culturais e artísticas, e encaminhamento à escola (MESQUITA NETO et al., 2004).

Menos ainda é feito no atendimento ao jovem privado de liberdade, dificultando a menção de iniciativas positivas a esse respeito. Espera-se uma mudança no paradigma do atendimento socioeducativo oferecido aos jovens em situação de restrição de liberdade, tornando-se efetivamente comprometido com a prevenção e não apenas com a repressão, marca que até hoje predomina nas atividades realizadas em parcela substancial dos serviços existentes.

Programas de prevenção à violência avaliados nos EUA e na Inglaterra mostram que os organizados com enfoque na repressão e imposição de medo não demonstram resultados para reduzir a ocorrência de infrações. Dão exemplos dos efeitos negativos dos campos militares, dos programas em instituições carcerárias ou psiquiátricas e do tratamento em tribunais para adultos (SHERMAN et al., 1997; NUTTALL et al., 1998).

Os programas mais efetivos nesses países reduzem a reincidência em torno de 46% quando comparados com os que atendem grupos de infratores em instituições sem programas preventivos. Têm como metas: mudanças comportamentais e orientação de habilidades dos jovens, intervenções clínicas familiares e programas em que o sistema de justiça atua em conjunto com a comunidade.

A situação dos adolescentes em conflito com a lei estarrece o País, especialmente pelos efeitos emocionais que causa na população e menos pelo quantitativo que alcança. Uma sociedade que vê seus adolescentes comprometidos a tal ponto com a violência estremece ao perceber que o que atinge essas sementes de vida compromete o ideal de futuro. Há que se lembrar, entretanto, que a sociedade brasileira pode interferir minorando os efeitos da violência sobre a infância e juventude. Torna-se vital integrar esforços da população, da sociedade em geral e do governo para se mudar o curso da desigualdade que acomete tantas vidas juvenis hoje fadadas a matar e a morrer. Trata-se de empunhar com vivas cores a histórica bandeira que clama outro ideal de vida e de construção de uma sociedade melhor e mais justa. Tais demandas são tão antigas quanto atuais e urgentes.

Agradecimentos: Dra. Rachel Niskier pela ajuda na obtenção de estatísticas e Isabela Gomes da Fonseca pelo apoio estatístico.

Referências Bibliográficas

ABRAMOVAY, M. *Escolas de paz*. Brasília: UNESCO, 2001.

———. *Escolas inovadoras: experiências bem-sucedidas em escolas públicas*. Brasília: UNESCO, 2003.

ADORNO, S. *O adolescente na criminalidade urbana em São Paulo*. Brasília: Ministério da Justiça/Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 1999.

ALTOÉ, S. *Infâncias perdidas: o cotidiano dos internatos-prisão*. Rio de Janeiro: Xenon, 1990.

ASSIS, S. G. *Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida dos jovens infratores e de seus irmãos não infratores*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. *Filhas do mundo: a infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

———. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 163-198

BARROS, M. D. A. *Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes no Recife: análise de tendência na série temporal de 1979 a 1995 e uma avaliação do sistema de informação de mortalidade*. 1999. Dissertação (Mestrado)—Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife, 1999.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. *La reproduction*. Paris: Éditions de Minuit, 1978.

BRANDÃO, J. R. M. *Adolescentes infratores em São Paulo: retrato da exclusão social?*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil)—Departamento de Saúde Materno-infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo São Paulo, 2000.

BRASIL. Ministério da Assistência e Promoção Social. *Trajetória do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil*. [Brasília, 2004?]. Disponível em: <http://www.assistencia-soczial.gov.br>. Acesso em: 12/02/04.

———. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas*. Brasília, 1989.

———. Ministério da Justiça. *Levantamento estatístico do número de adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas no Brasil*: janeiro de 2004. Disponível em: <http://presidencia.gov.br/sedh>. Acesso em: 10/03/04.

— — —. Ministério da Justiça. Departamento da Criança e do Adolescente. *Atendimento ao adolescente em conflito com a lei: reflexões para uma prática qualificada*. Brasília, 1998.

— — —. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Departamento da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente. *Estatuto da Criança e do Adolescente: Edição Especial 12 anos*. Brasília, 2002.

BULLYING: a agressão silenciosa que cresce nas escolas. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, Seção Rio, p. 29, 15 fev. 2004.

CAMPOS, M. S. A construção cotidiana da violência contra a criança e o adolescente: análise do trabalho infanto-juvenil em suas relações com a família e o ambiente doméstico. In: BARROS, M. N. F.; SUGUIHIRO, V. L. T. (Org.). *I Seminário sobre violência contra a criança e o adolescente*. Londrina: Ed. UEL, 2002. p.17-38

CARDIA, N. *Pesquisa sobre atitudes, normas culturais e valores em relação a violência em 10 capitais brasileiras*. Brasília: Ministério da Justiça/Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 1999.

CASA RENASCER. *Exploração e turismo sexual contra crianças e adolescentes*. Natal: Caderno Renascer, 2001.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). *IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o graus em 10 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID, 1997.

CENTRO DE ARTICULAÇÃO DE POPULAÇÕES MARGINALIZADAS (CEAP). *Pesquisa sobre extermínio*. Rio de Janeiro: Ceap, 1993. Mimeografado.

FALBO NETO, G. H. *Fatores de risco para homicídio em crianças e adolescentes da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil*. 1999. Tese (Doutorado)–Departamento de Medicina Materno Infantil, Universidade de Trieste, Trieste, Itália, 1999.

FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. *De medo e sombra: abuso sexual contra crianças e adolescentes*. Natal: AS Editores, 2003.

GONÇALVES, H.S. *Infância e violência no Brasil*. Rio de Janeiro: FAPERJ/NAU, 2003.

GUIMARÃES, L. Uma escola sem violência. *Revista do ILANUD*, [S.l.], v. 18, p. 7-18, 2001.

HENRIQUES, R. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. (Textos para discussão, n. 807).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Trabalho infantil. In: — — —. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios-2001*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 fev. 2004.

- KAHN, T. Paz nas escolas. *Revista do ILANUD*, [S.l.], v. 8, p. 19-48, 2001.
- KRUG, E. G. et al. *Relatório mundial sobre violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.
- LEAL, M. L.; LEAL, M. F. *Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial* - PESTRAF. Brasília: CECRIA, 2002.
- LIMA, L. A. *O estigma do abandono: estudo epidemiológico de uma população de crianças e adolescentes internados na Colônia Juliano Moreira vindos diretamente da FUNABEM*. 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.
- LOPES NETO, A. A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. In: EISENSTEIN, E.; LIDCHI, V. G. *Abusos e proteção de crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: CEIIAS/IPSCAN, 2003. p. 28-35
- LUZ, M.T.M.; SILVA, R.C. Vulnerabilidade e adolescências. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. *Cadernos Juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1999. v.1. p.93-96
- JORGE, M.H.P. MELLO. *Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violências na infância*. Tese (Livre Docência). São Paulo: Universidade de São Paulo, 1988.
- . Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 24, p. 217-23, 1990.
- . Como morrem nossos jovens. In: BERQUÓ, E. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. p. 209-292
- MENEZES, D. M. A.; BRASIL, K. C. T. Dimensões psíquicas sociais da criança e do adolescente em situação de rua. *Psicologia Reflexão/Crítica*, [S.l.], v. 11, 1998. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrgs.br/revista>>
- MESQUITA NETO, P. et al. *Relatório sobre a prevenção do crime e da violência e a promoção da segurança pública no Brasil: projeto arquitetura institucional do Sistema Único de Segurança Pública*. Brasília: Ministério da Justiça/Senasp/Pnud/Firjan, 2004.
- MINAYO, M. C. S. *Meninos e meninas de rua: expressão paradigmática anti-ecológica da violência social brasileira*. Rio de Janeiro: CLAVES, 1992.
- MINAYO, M. C. S. et al. *Fala galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.
- MIOTO, R. C. T. *Famílias de jovens que tentam suicídio*. 1994. Tese (Doutorado)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- MORAES, P. F. *Meninas de rua: procura-se uma saída!*. 1994. Dissertação (Mestrado)–Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994

NUTTAL, C., GOLDBLATT, P.; LEWIS, C. *Reducing offending: an assessment of research on ways of dealing with offending behavior*. London: Home Office, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). *Estúdio cualitativo de escuelas com resultados destacables em siete países latinoamericanos*. Santiago de Chile: UNESCO, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *O marco integral da saúde do adolescente e seu cuidado*. Washington, 1990. Mimeografado.

ORLANDI, M. H. F. *Mortalidade de adolescentes e jovens no município de Maringá/PR: magnitude e tendências*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil)– Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PAIVA, A. M. C. G. *Violência em menores em Fortaleza nos anos 80*. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

PEREIRA, G. M. M. G. *A ilha do diabo: instituição e poder - análise de suas representações pelas internas no Educandário Santos Dumont*. 1993. Dissertação (Mestrado)– Instituto de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO (PNUD). *Relatório de desenvolvimento humano 2003: objetivos de desenvolvimento do milênio – um pacto entre nações para eliminar a pobreza humana*. Queluz, Portugal: PNUD, 2003.

PROGRAMA de redução de comportamento agressivo entre estudantes. [S.l.: s.n., 2004?]. Disponível em: <<http://www.bullying.com.br>>. Acesso em 27 fev. 2004.

ROCHA, S. *Pobreza no Brasil: afinal do que se trata?*. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

SCHERMAN, L. W. et al. *Prevention crime: what works, what doesn't, what's promising: a report to the United States Congress*. Washington: National Institute of Justice, 1997.

SILVA, E. R. A.; GUERESI, S. *Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil*. Brasília: IPEA, 2003. (Textos para Discussão, n. 979).

SILVA, M. R. *Trama doce-amarga: (exploração do) trabalho infantil e cultura lúdica*. Ijuí, SP: Unijuí/Hucitec, 2003.

SILVA, R. *Os filhos do governo: a formação da identidade criminosa em crianças órfãs e abandonadas*. São Paulo: Ática, 1997.

SOUZA, E. R. *Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias/Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

— — —. *Impacto da violência no Brasil e alguns países das Américas*. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 7., Angra dos Reis, 2003. [Anais...]. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003.

SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. C. Sobrevivência ameaçada de jovens brasileiros: a dimensão das armas de fogo. In: BERQUÓ, E. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. p. 363-396

TRAVASSOS, C.; LEBRÃO, M. L. Morbidade hospitalar nos jovens. In: BERQUÓ, E. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. p. 165-198

VERMELHO, L. L. *Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 - a transição epidemiológica para a violência*. Tese (Doutorado)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

VERMELHO, L. L.; JORGE, M.H.P. MELLO. Mortalidade de jovens: período 1930-1991. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 30, p. 329-31, 1996.

VICO, E. S. R. *Estudo da mortalidade de crianças usuárias de creches no município de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo, São Paulo, 2001.

VOLPI, M. (Org.). *O adolescente e o ato infracional*. São Paulo: Cortez, 1997.

ZALUAR, A. Gangues, galeras e quadrilhas: globalização, juventude e violência. In: VIANNA, H. (Org.). *Galeras cariocas: territórios de conflitos e encontros culturais*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997. p. 17-57

Anexo 3

Tabela 18. Mortalidade de adolescentes por causas externas, segundo faixas etárias. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | 10 a 14 anos | | | 15 a 19 anos | | |
|----------------|--------------|------|-------|--------------|------|-------|
| | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* |
| Porto Velho | 15 | 1,9 | 38,2 | 50 | 1,1 | 131,9 |
| Rio Branco | 9 | 1,1 | 31,8 | 31 | 0,7 | 104,5 |
| Manaus | 37 | 4,7 | 25,3 | 141 | 3,1 | 85,9 |
| Boa Vista | 7 | 0,9 | 31,7 | 34 | 0,8 | 145,4 |
| Belém | 23 | 2,9 | 18,4 | 108 | 2,4 | 73,5 |
| Macapá | 11 | 1,4 | 32,9 | 47 | 1,0 | 136,7 |
| Palmas | 5 | 0,6 | 35,3 | 13 | 0,3 | 79,7 |
| São Luís | 23 | 2,9 | 23,6 | 56 | 1,2 | 50,4 |
| Teresina | 21 | 2,7 | 26,1 | 54 | 1,2 | 61,9 |
| Fortaleza | 32 | 4,0 | 14,6 | 167 | 3,7 | 70,8 |
| Natal | 11 | 1,4 | 15,2 | 53 | 1,2 | 67,2 |
| João Pessoa | 11 | 1,4 | 18,6 | 69 | 1,5 | 105,7 |
| Recife | 38 | 4,8 | 28,6 | 222 | 4,9 | 152,5 |
| Maceió | 10 | 1,3 | 12,5 | 84 | 1,9 | 97,0 |
| Aracaju | 11 | 1,4 | 23,9 | 49 | 1,1 | 92,2 |
| Salvador | 30 | 3,8 | 13,4 | 170 | 3,8 | 60,3 |
| Belo Horizonte | 38 | 4,8 | 20,0 | 182 | 4,0 | 82,0 |
| Vitória | 5 | 0,6 | 19,2 | 31 | 0,7 | 101,0 |
| Rio de Janeiro | 107 | 13,5 | 24,2 | 735 | 16,2 | 145,4 |
| São Paulo | 192 | 24,2 | 21,7 | 1520 | 33,6 | 153,1 |
| Curitiba | 31 | 3,9 | 22,8 | 137 | 3,0 | 89,3 |
| Florianópolis | 8 | 1,0 | 27,2 | 16 | 0,4 | 45,9 |
| Porto Alegre | 19 | 2,4 | 17,7 | 90 | 2,0 | 71,9 |
| Campo Grande | 19 | 2,4 | 28,9 | 65 | 1,4 | 93,5 |
| Cuiabá | 8 | 1,0 | 15,6 | 78 | 1,7 | 142,1 |
| Goiânia | 20 | 2,5 | 20,3 | 102 | 2,3 | 86,4 |
| Brasília | 51 | 6,4 | 26,7 | 223 | 4,9 | 99,0 |

(*) Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 19. Mortalidade de adolescentes por causas externas, segundo sexo e faixas etárias. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Masculino | | | | | | Feminino | | | | | |
|----------------|--------------|------|-------|--------------|------|-------|--------------|------|-------|--------------|------|-------|
| | 10 a 14 anos | | | 15 a 19 anos | | | 10 a 14 anos | | | 15 a 19 anos | | |
| | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* |
| Porto Velho | 9 | 1,7 | 45,4 | 41 | 1,0 | 215,5 | 6 | 2,3 | 30,8 | 9 | 1,9 | 47,7 |
| Rio Branco | 7 | 1,3 | 49,9 | 26 | 0,6 | 181,0 | 2 | 0,8 | 14,0 | 5 | 1,1 | 32,7 |
| Manaus | 19 | 3,5 | 26,2 | 121 | 3,0 | 153,4 | 18 | 7,0 | 24,4 | 20 | 4,3 | 23,5 |
| Boa Vista | 3 | 0,6 | 27,1 | 31 | 0,8 | 273,2 | 4 | 1,6 | 36,3 | 3 | 0,6 | 24,9 |
| Belém | 10 | 1,9 | 16,2 | 98 | 2,4 | 139,9 | 13 | 5,1 | 20,5 | 10 | 2,2 | 13,0 |
| Macapá | 8 | 1,5 | 48,0 | 43 | 1,1 | 259,5 | 3 | 1,2 | 17,9 | 4 | 0,9 | 22,5 |
| Palmas | 4 | 0,7 | 57,6 | 11 | 0,3 | 146,3 | 1 | 0,4 | 13,9 | 2 | 0,4 | 22,7 |
| São Luís | 17 | 3,2 | 36,0 | 49 | 1,2 | 96,0 | 6 | 2,3 | 12,0 | 7 | 1,5 | 11,7 |
| Teresina | 17 | 3,2 | 42,6 | 50 | 1,2 | 121,4 | 4 | 1,6 | 9,9 | 4 | 0,9 | 8,7 |
| Fortaleza | 22 | 4,1 | 20,1 | 143 | 3,5 | 127,2 | 10 | 3,9 | 9,1 | 24 | 5,2 | 19,5 |
| Natal | 10 | 1,9 | 28,0 | 47 | 1,2 | 123,1 | 1 | 0,4 | 2,7 | 6 | 1,3 | 14,8 |
| João Pessoa | 4 | 0,7 | 13,5 | 64 | 1,6 | 202,6 | 7 | 2,7 | 23,7 | 5 | 1,1 | 14,8 |
| Recife | 22 | 4,1 | 32,9 | 200 | 4,9 | 279,4 | 16 | 6,3 | 24,3 | 22 | 4,7 | 29,8 |
| Maceió | 8 | 1,5 | 20,1 | 69 | 1,7 | 164,9 | 2 | 0,8 | 5,0 | 15 | 3,2 | 33,5 |
| Aracaju | 8 | 1,5 | 34,9 | 45 | 1,1 | 176,4 | 3 | 1,2 | 13,0 | 4 | 0,9 | 14,5 |
| Salvador | 25 | 4,7 | 22,3 | 152 | 3,7 | 110,8 | 5 | 2,0 | 4,5 | 18 | 3,9 | 12,4 |
| Belo Horizonte | 25 | 4,7 | 26,2 | 155 | 3,8 | 142,7 | 13 | 5,1 | 13,7 | 27 | 5,8 | 23,8 |
| Vitória | 2 | 0,4 | 15,1 | 27 | 0,7 | 179,3 | 3 | 1,2 | 23,6 | 4 | 0,9 | 25,6 |
| Rio de Janeiro | 72 | 13,4 | 32,3 | 677 | 16,7 | 269,8 | 35 | 13,7 | 15,9 | 58 | 12,5 | 22,8 |
| São Paulo | 144 | 26,9 | 32,4 | 1.390 | 34,2 | 285,7 | 48 | 18,8 | 10,9 | 130 | 28,0 | 25,7 |
| Curitiba | 21 | 3,9 | 30,6 | 121 | 3,0 | 159,2 | 10 | 3,9 | 14,9 | 16 | 3,4 | 20,7 |
| Florianópolis | 3 | 0,6 | 19,9 | 10 | 0,2 | 57,4 | 5 | 2,0 | 34,8 | 6 | 1,3 | 34,4 |
| Porto Alegre | 12 | 2,2 | 21,9 | 83 | 2,0 | 132,1 | 7 | 2,7 | 13,3 | 7 | 1,5 | 11,2 |
| Campo Grande | 13 | 2,4 | 38,8 | 56 | 1,4 | 162,6 | 6 | 2,3 | 18,6 | 9 | 1,9 | 25,7 |
| Cuiabá | 4 | 0,7 | 15,5 | 73 | 1,8 | 271,0 | 4 | 1,6 | 15,8 | 5 | 1,1 | 17,9 |
| Goiânia | 15 | 2,8 | 30,3 | 86 | 2,1 | 151,0 | 5 | 2,0 | 10,2 | 16 | 3,4 | 26,2 |
| Brasília | 32 | 6,0 | 33,6 | 194 | 4,8 | 180,4 | 19 | 7,4 | 19,9 | 29 | 6,2 | 24,6 |

(*) Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 20. Mortalidade de adolescentes de 10 a 14 anos por causas externas específicas. Brasil, 1991 a 2000

| Causas Externas | 1991 | | 1992 | | 1993 | | 1994 | | 1995 | | 1996 | | 1997 | | 1998 | | 1999 | | 2000 | |
|---------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | N | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* |
| Acidente de transporte | 1.231 | 7,2 | 1.196 | 7,0 | 1.253 | 7,1 | 1.370 | 7,7 | 1.434 | 8,0 | 1.474 | 8,4 | 1.219 | 6,8 | 1.079 | 6,0 | 1.045 | 5,7 | 973 | 5,6 |
| Envenenamento acidental | 7 | 0,0 | 12 | 0,1 | 11 | 0,1 | 10 | 0,1 | 13 | 0,1 | 9 | 0,1 | 5 | 0,0 | 7 | 0,0 | 8 | 0,0 | 3 | 0,0 |
| Prestação cuidados médicos | 2 | 0,0 | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| Complicações tardias | 6 | 0,0 | 7 | 0,0 | 8 | 0,0 | 5 | 0,0 | 1 | 0,0 | 4 | 0,0 | 6 | 0,0 | 8 | 0,0 | 5 | 0,0 | 9 | 0,1 |
| Queda acidental | 127 | 0,7 | 89 | 0,5 | 70 | 0,4 | 91 | 0,5 | 122 | 0,7 | 103 | 0,6 | 100 | 0,6 | 105 | 0,6 | 89 | 0,5 | 73 | 0,4 |
| Queimadura | 38 | 0,2 | 30 | 0,2 | 28 | 0,2 | 44 | 0,2 | 39 | 0,2 | 27 | 0,2 | 27 | 0,2 | 35 | 0,2 | 27 | 0,1 | 19 | 0,1 |
| Fatores naturais/ambientais | 30 | 0,2 | 32 | 0,2 | 34 | 0,2 | 31 | 0,2 | 16 | 0,1 | 29 | 0,2 | 21 | 0,1 | 24 | 0,1 | 15 | 0,1 | 29 | 0,2 |
| Submersão/sufocação | 777 | 4,6 | 713 | 4,2 | 810 | 4,6 | 901 | 5,1 | 818 | 4,5 | 863 | 4,9 | 820 | 4,6 | 726 | 4,0 | 655 | 3,6 | 685 | 3,9 |
| Outros acidentes | 332 | 1,9 | 420 | 2,5 | 443 | 2,5 | 428 | 2,4 | 421 | 2,3 | 432 | 2,5 | 304 | 1,7 | 260 | 1,4 | 327 | 1,8 | 313 | 1,8 |
| Seqüelas de causas externas | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 | 3 | 0,0 | 3 | 0,0 | 7 | 0,0 | 1 | 0,0 | 3 | 0,0 | 3 | 0,0 | 4 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| Efeitos adversos/drogas/medicam | 1 | 0,0 | 6 | 0,0 | 8 | 0,0 | 6 | 0,0 | 5 | 0,0 | 5 | 0,0 | 4 | 0,0 | 2 | 0,0 | 2 | 0,0 | 7 | 0,0 |
| Suicídio | 76 | 0,4 | 73 | 0,4 | 82 | 0,5 | 93 | 0,5 | 72 | 0,4 | 116 | 0,7 | 102 | 0,6 | 94 | 0,5 | 83 | 0,5 | 83 | 0,5 |
| Homicídio | 368 | 2,2 | 337 | 2,0 | 377 | 2,2 | 366 | 2,1 | 479 | 2,7 | 513 | 2,9 | 438 | 2,5 | 461 | 2,6 | 485 | 2,7 | 562 | 3,2 |
| Intervenção legal | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Lesão ign acid/intenc | 189 | 1,1 | 238 | 1,4 | 276 | 1,6 | 326 | 1,8 | 249 | 1,4 | 241 | 1,4 | 181 | 1,0 | 316 | 1,8 | 233 | 1,3 | 258 | 1,5 |
| Operação de guerra | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 3.185 | 18,7 | 3.155 | 18,5 | 3.404 | 19,4 | 3.674 | 20,7 | 3.677 | 20,4 | 3.818 | 21,8 | 3.231 | 18,2 | 3.122 | 17,3 | 2.978 | 16,3 | 3.016 | 17,4 |

(*) Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 21. Mortalidade de adolescentes de 15 a 19 anos por causas externas específicas. Brasil, 1991 a 2000

| Causas Externas | 1991 | | 1992 | | 1993 | | 1994 | | 1995 | | 1996 | | 1997 | | 1998 | | 1999 | | 2000 | |
|---------------------------------|---------------|-------------|--------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* | Nº | Taxa* |
| Acidente de transporte | 2.502 | 16,7 | 2.351 | 15,3 | 2.484 | 16,1 | 2.751 | 17,6 | 2.941 | 18,5 | 3.231 | 19,4 | 3.032 | 17,9 | 2.768 | 16,1 | 2.776 | 15,9 | 2.633 | 14,7 |
| Envenenamento acidental | 31 | 0,2 | 16 | 0,1 | 17 | 0,1 | 24 | 0,2 | 38 | 0,2 | 22 | 0,1 | 25 | 0,1 | 30 | 0,2 | 19 | 0,1 | 23 | 0,1 |
| Prestação cuidados médicos | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 | 1 | 0,0 | 2 | 0,0 |
| Complicações tardias | 8 | 0,1 | 10 | 0,1 | 4 | 0,0 | 12 | 0,1 | 7 | 0,0 | 14 | 0,1 | 12 | 0,1 | 13 | 0,1 | 11 | 0,1 | 14 | 0,1 |
| Queda acidental | 138 | 0,9 | 150 | 1,0 | 85 | 0,6 | 129 | 0,8 | 228 | 1,4 | 184 | 1,1 | 148 | 0,9 | 143 | 0,8 | 152 | 0,9 | 110 | 0,6 |
| Queimadura | 47 | 0,3 | 32 | 0,2 | 55 | 0,4 | 50 | 0,3 | 53 | 0,3 | 54 | 0,3 | 51 | 0,3 | 58 | 0,3 | 46 | 0,3 | 36 | 0,2 |
| Fatores naturais/ambientais | 38 | 0,3 | 48 | 0,3 | 49 | 0,3 | 32 | 0,2 | 33 | 0,2 | 52 | 0,3 | 35 | 0,2 | 25 | 0,1 | 36 | 0,2 | 38 | 0,2 |
| Submersão/sufocação | 1.136 | 7,6 | 1.121 | 7,3 | 1.106 | 7,2 | 1.217 | 7,8 | 1.171 | 7,4 | 1.151 | 6,9 | 1.216 | 7,2 | 1.096 | 6,4 | 1.057 | 6,1 | 1.008 | 5,6 |
| Outros acidentes | 999 | 6,7 | 886 | 5,8 | 841 | 5,4 | 872 | 5,6 | 969 | 6,1 | 885 | 5,3 | 766 | 4,5 | 656 | 3,8 | 920 | 5,3 | 746 | 4,2 |
| Seqüelas de causas externas | 3 | 0,0 | 9 | 0,1 | 4 | 0,0 | 5 | 0,0 | 7 | 0,0 | 4 | 0,0 | 6 | 0,0 | 4 | 0,0 | 7 | 0,0 | 12 | 0,1 |
| Efeitos adversos Drogas/medicam | 6 | 0,0 | 5 | 0,0 | 8 | 0,1 | 11 | 0,1 | 11 | 0,1 | 7 | 0,0 | 7 | 0,0 | 6 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 0,0 |
| Suicídio | 412 | 2,7 | 410 | 2,7 | 487 | 3,2 | 551 | 3,5 | 557 | 3,5 | 630 | 3,8 | 559 | 3,3 | 604 | 3,5 | 546 | 3,1 | 524 | 2,9 |
| Homicídio | 4.066 | 27,1 | 3.582 | 23,3 | 4.124 | 26,7 | 4.547 | 29,0 | 5.156 | 32,4 | 5.338 | 32,0 | 4.913 | 29,0 | 6.404 | 37,3 | 6.566 | 37,7 | 7.271 | 40,5 |
| Intervenção legal | 0 | 0,0 | 5 | 0,0 | 2 | 0,0 | 3 | 0,0 | 5 | 0,0 | 4 | 0,0 | 3 | 0,0 | 3 | 0,0 | 6 | 0,0 | 23 | 0,1 |
| Lesão ign acid/intenc | 1.021 | 6,8 | 1.150 | 7,5 | 1.191 | 7,7 | 1.264 | 8,1 | 996 | 6,3 | 863 | 5,2 | 688 | 4,1 | 1.199 | 7,0 | 949 | 5,4 | 1.039 | 5,8 |
| Operação de guerra | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 10.408 | 69,3 | 9.776 | 63,5 | 10.457 | 67,7 | 11.473 | 73,2 | 12.172 | 76,6 | 12.440 | 74,6 | 11.461 | 67,6 | 13.011 | 75,7 | 13.092 | 75,2 | 13.485 | 75,2 |

(*) Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 22. Mortalidade de adolescentes por causas externas específicas, segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Causas Externas | 10-14 anos | | | | | | 15-19 anos | | | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | Masculino | | | Feminino | | | Masculino | | | Feminino | | |
| | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* |
| Acidente de transporte | 638 | 30,8 | 7,3 | 335 | 35,4 | 3,9 | 2022 | 17,3 | 22,4 | 610 | 33,6 | 6,8 |
| Envenenamento acidental | 1 | 0,0 | 0,0 | 2 | 0,2 | 0,0 | 11 | 0,1 | 0,1 | 11 | 0,6 | 0,1 |
| Prestação cuidados médicos | 1 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 0,0 |
| Complicações tardias | 5 | 0,2 | 0,1 | 4 | 0,4 | 0,0 | 11 | 0,1 | 0,1 | 3 | 0,2 | 0,0 |
| Queda acidental | 58 | 2,8 | 0,7 | 15 | 1,6 | 0,2 | 98 | 0,8 | 1,1 | 12 | 0,7 | 0,1 |
| Queimadura | 14 | 0,7 | 0,2 | 5 | 0,5 | 0,1 | 23 | 0,2 | 0,3 | 13 | 0,7 | 0,1 |
| Fatores naturais/ambientais | 26 | 1,3 | 0,3 | 3 | 0,3 | 0,0 | 31 | 0,3 | 0,3 | 7 | 0,4 | 0,1 |
| Submersão/sufocação | 463 | 22,4 | 5,3 | 222 | 23,4 | 2,6 | 884 | 7,6 | 9,8 | 124 | 6,8 | 1,4 |
| Outros acidentes | 230 | 11,1 | 2,6 | 83 | 8,8 | 1,0 | 630 | 5,4 | 7,0 | 116 | 6,4 | 1,3 |
| Seqüelas de causas externas | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 0,0 | 11 | 0,1 | 0,1 | 1 | 0,1 | 0,0 |
| Efeitos adversos drogas/medicam | 4 | 0,2 | 0,0 | 3 | 0,3 | 0,0 | 3 | 0,0 | 0,0 | 3 | 0,2 | 0,0 |
| Suicídio | 41 | 2,0 | 0,5 | 42 | 4,4 | 0,5 | 343 | 2,9 | 3,8 | 181 | 10,0 | 2,0 |
| Homicídio | 406 | 19,6 | 4,6 | 156 | 16,5 | 1,8 | 6679 | 57,3 | 74,1 | 592 | 32,6 | 6,6 |
| Intervenção legal | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 23 | 0,2 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Lesão ign acid/intenc | 182 | 8,8 | 2,1 | 76 | 8,0 | 0,9 | 896 | 7,7 | 9,9 | 143 | 7,9 | 1,6 |
| Operação de guerra | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 2.069 | 100,0 | 23,6 | 947 | 100,0 | 11,0 | 11.666 | 100,0 | 129,3 | 1.817 | 100,0 | 20,4 |

(*) Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 23. Distribuição das internações, custo, tempo médio de permanência e taxa de mortalidade hospitalar de adolescentes por causas externas, segundo faixas etárias. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | 10-14 anos | | | | | | 15 a 19 anos | | | | | |
|----------------|------------|------|---------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------|------|---------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| | Nº | % | Taxa ⁽¹⁾ | Custo ⁽²⁾ | TMP ⁽³⁾ | TMH ⁽⁴⁾ | Nº | % | Taxa ⁽¹⁾ | Custo ⁽²⁾ | TMP ⁽³⁾ | TMH ⁽⁴⁾ |
| Porto Velho | 111 | 1 | 2,8 | 306,81 | 5,3 | 2,7 | 150 | 1 | 4 | 393,06 | 5,8 | 3,3 |
| Rio Branco | 107 | 1 | 3,8 | 314,39 | 5,1 | 0,9 | 193 | 1,3 | 6,5 | 354,82 | 7,2 | 1,6 |
| Manaus | 431 | 4 | 3 | 491,5 | 5,2 | 0,2 | 915 | 6 | 5,6 | 602,63 | 5,5 | 1,9 |
| Boa Vista | 13 | 0,1 | 0,6 | 433,33 | 11 | 0 | 28 | 0,2 | 1,2 | 419,1 | 8,6 | 3,6 |
| Belém | 824 | 7,6 | 6,6 | 356,66 | 2,5 | 0,6 | 945 | 6,2 | 6,4 | 449,17 | 3,5 | 1,9 |
| Macapá | 93 | 0,9 | 2,8 | 311,47 | 5,9 | 1,1 | 151 | 1 | 4,4 | 374,05 | 5,1 | 3,3 |
| Palmas | 145 | 1,3 | 10,2 | 283,41 | 2,1 | 0,7 | 142 | 0,9 | 8,7 | 409,02 | 3,2 | 0,7 |
| São Luís | 980 | 9,1 | 10,1 | 195,84 | 1,6 | 0,2 | 817 | 5,4 | 7,4 | 263,36 | 2,3 | 0,5 |
| Teresina | 169 | 1,6 | 2,1 | 365,72 | 4,6 | 0 | 186 | 1,2 | 2,1 | 421,85 | 4,6 | 2,7 |
| Fortaleza | 601 | 5,6 | 2,7 | 472,04 | 4,4 | 0,7 | 915 | 6 | 3,9 | 510,04 | 4,5 | 2,7 |
| Natal | 76 | 0,7 | 1,1 | 350,58 | 3,6 | 1,3 | 136 | 0,9 | 1,7 | 412,12 | 5,3 | 2,9 |
| João Pessoa | 189 | 1,8 | 3,2 | 468,91 | 4,9 | 1,1 | 209 | 1,4 | 3,2 | 521,24 | 4,2 | 3,8 |
| Recife | 414 | 3,8 | 3,1 | 503,71 | 4,6 | 1,9 | 437 | 2,9 | 3 | 590,6 | 5,6 | 5 |
| Maceió | 258 | 2,4 | 3,2 | 440,82 | 4,8 | 1,2 | 325 | 2,1 | 3,8 | 598,9 | 4 | 7,7 |
| Aracaju | 140 | 1,3 | 3 | 447,39 | 3,4 | 1,4 | 201 | 1,3 | 3,8 | 559,28 | 4,8 | 2 |
| Salvador | 479 | 4,4 | 2,1 | 531,34 | 3,8 | 2,1 | 779 | 5,1 | 2,8 | 595,31 | 4,6 | 3,6 |
| Belo Horizonte | 648 | 6 | 3,4 | 559,14 | 4,6 | 1,9 | 1.123 | 7,4 | 5,1 | 667,52 | 5 | 4 |
| Vitória | 57 | 0,5 | 2,2 | 611,46 | 6,9 | 0 | 71 | 0,5 | 2,3 | 424,5 | 4,3 | 2,8 |
| Rio de Janeiro | 1.012 | 9,4 | 2,3 | 527,4 | 6,6 | 1,9 | 1.218 | 8 | 2,4 | 599,52 | 8,8 | 2,9 |
| São Paulo | 1.912 | 17,7 | 2,2 | 511,72 | 4,6 | 1,8 | 3.059 | 20,1 | 3,1 | 681,58 | 5,2 | 3,3 |
| Curitiba | 520 | 4,8 | 3,8 | 496,41 | 3 | 0,6 | 658 | 4,3 | 4,3 | 690,28 | 3,4 | 2,4 |
| Florianópolis | 61 | 0,6 | 2,1 | 502,53 | 4,7 | 3,3 | 61 | 0,4 | 1,7 | 896,68 | 9,5 | 3,3 |
| Porto Alegre | 314 | 2,9 | 2,9 | 398,94 | 5,2 | 1,9 | 691 | 4,5 | 5,5 | 459,68 | 5,3 | 3,3 |
| Campo Grande | 403 | 3,7 | 6,1 | 416,62 | 3,5 | 1 | 452 | 3 | 6,5 | 522,51 | 4,4 | 2,4 |
| Cuiabá | 122 | 1,1 | 2,4 | 529,32 | 5,5 | 1,6 | 171 | 1,1 | 3,1 | 562,67 | 5,7 | 2,3 |
| Goiânia | 270 | 2,5 | 2,7 | 484,1 | 4 | 0,4 | 527 | 3,5 | 4,5 | 615 | 4,3 | 2,3 |
| Brasília | 430 | 4 | 2,3 | 429,09 | 6,8 | 1,9 | 692 | 4,5 | 3,1 | 465,78 | 8,5 | 2,5 |

(1) Taxa de internação por mil habitantes.

(2) Custo médio em reais.

(3) Tempo médio de permanência em dias.

(4) Taxa de mortalidade hospitalar por cem internações.

Tabela 24. Internações de adolescentes por causas externas, segundo sexo e faixas etárias. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Masculino | | | | | | Feminino | | | | | |
|----------------|--------------|------|------|--------------|------|------|--------------|------|------|--------------|------|------|
| | 10 a 14 anos | | | 15 a 19 anos | | | 10 a 14 anos | | | 15 a 19 anos | | |
| | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa |
| Porto Velho | 77 | 1 | 3,9 | 119 | 1 | 6,3 | 34 | 1,3 | 1,7 | 31 | 0,9 | 1,6 |
| Rio Branco | 78 | 1 | 5,6 | 150 | 1,3 | 10,4 | 29 | 1,1 | 2 | 43 | 1,3 | 2,8 |
| Manaus | 330 | 4,1 | 4,6 | 776 | 6,5 | 9,8 | 101 | 3,8 | 1,4 | 139 | 4,2 | 1,6 |
| Boa Vista | 13 | 0,2 | 1,2 | 21 | 0,2 | 1,9 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0,2 | 0,6 |
| Belém | 619 | 7,7 | 10 | 765 | 6,4 | 10,9 | 205 | 7,6 | 3,2 | 180 | 5,4 | 2,3 |
| Macapá | 70 | 0,9 | 4,2 | 115 | 1 | 6,9 | 23 | 0,9 | 1,4 | 36 | 1,1 | 2 |
| Palmas | 108 | 1,3 | 15,5 | 115 | 1 | 15,3 | 37 | 1,4 | 5,1 | 27 | 0,8 | 3,1 |
| São Luís | 754 | 9,3 | 16 | 648 | 5,4 | 12,7 | 226 | 8,4 | 4,5 | 169 | 5,1 | 2,8 |
| Teresina | 121 | 1,5 | 3 | 145 | 1,2 | 3,5 | 48 | 1,8 | 1,2 | 41 | 1,2 | 0,9 |
| Fortaleza | 464 | 5,7 | 4,2 | 697 | 5,8 | 6,2 | 137 | 5,1 | 1,2 | 218 | 6,6 | 1,8 |
| Natal | 57 | 0,7 | 1,6 | 101 | 0,8 | 2,6 | 19 | 0,7 | 0,5 | 35 | 1,1 | 0,9 |
| João Pessoa | 132 | 1,6 | 4,4 | 163 | 1,4 | 5,2 | 57 | 2,1 | 1,9 | 46 | 1,4 | 1,4 |
| Recife | 322 | 4 | 4,8 | 344 | 2,9 | 4,8 | 92 | 3,4 | 1,4 | 93 | 2,8 | 1,3 |
| Maceió | 201 | 2,5 | 5 | 271 | 2,3 | 6,5 | 57 | 2,1 | 1,4 | 54 | 1,6 | 1,2 |
| Aracaju | 103 | 1,3 | 4,5 | 146 | 1,2 | 5,7 | 37 | 1,4 | 1,6 | 55 | 1,7 | 2 |
| Salvador | 356 | 4,4 | 3,2 | 551 | 4,6 | 4 | 123 | 4,6 | 1,1 | 228 | 6,9 | 1,6 |
| Belo Horizonte | 503 | 6,2 | 5,3 | 884 | 7,4 | 8,1 | 145 | 5,4 | 1,5 | 239 | 7,2 | 2,1 |
| Vitória | 41 | 0,5 | 3,1 | 60 | 0,5 | 4 | 16 | 0,6 | 1,3 | 11 | 0,3 | 0,7 |
| Rio de Janeiro | 726 | 9 | 3,3 | 900 | 7,5 | 3,6 | 286 | 10,6 | 1,3 | 318 | 9,6 | 1,2 |
| São Paulo | 1.429 | 17,7 | 3,2 | 2.413 | 20,2 | 5 | 483 | 18 | 1,1 | 646 | 19,4 | 1,3 |
| Curitiba | 405 | 5 | 5,9 | 504 | 4,2 | 6,6 | 115 | 4,3 | 1,7 | 154 | 4,6 | 2 |
| Florianópolis | 42 | 0,5 | 2,8 | 47 | 0,4 | 2,7 | 19 | 0,7 | 1,3 | 14 | 0,4 | 0,8 |
| Porto Alegre | 239 | 3 | 4,4 | 554 | 4,6 | 8,8 | 75 | 2,8 | 1,4 | 137 | 4,1 | 2,2 |
| Campo Grande | 300 | 3,7 | 9 | 364 | 3,1 | 10,6 | 103 | 3,8 | 3,2 | 88 | 2,6 | 2,5 |
| Cuiabá | 89 | 1,1 | 3,4 | 125 | 1 | 4,6 | 33 | 1,2 | 1,3 | 46 | 1,4 | 1,6 |
| Goiânia | 201 | 2,5 | 4,1 | 406 | 3,4 | 7,1 | 69 | 2,6 | 1,4 | 121 | 3,6 | 2 |
| Brasília | 309 | 3,8 | 3,2 | 544 | 4,6 | 5,1 | 121 | 4,5 | 1,3 | 148 | 4,5 | 1,3 |

N = Número de internações.

% = Proporção por faixa etária.

Taxa = Taxa de internação por mil habitantes.

Tabela 25. Distribuição das internações, custo, tempo médio de permanência e taxa de mortalidade hospitalar de adolescentes por principais tipos de causas externas, segundo faixas etárias. Brasil, 2000

| Tipos de Causas Externas | 10 a 14 anos | | | | | | 15 a 19 anos | | | | | |
|---------------------------------|---------------|--------------|------------|---------------|------------|------------|---------------|--------------|------------|---------------|------------|------------|
| | Nº | % | Taxa(1) | Custo(2) | TMP(3) | TMH(4) | Nº | % | Taxa(1) | Custo(2) | TMP(3) | TMH(4) |
| Acidente de transporte | 8.310 | 16,5 | 0,5 | 503,34 | 4,7 | 1,9 | 12.474 | 21,3 | 0,7 | 643,30 | 5,5 | 3,5 |
| Envenenamento acidental | 561 | 1,1 | 0,0 | 216,27 | 3,2 | 1,1 | 851 | 1,5 | 0,0 | 200,48 | 2,9 | 2,0 |
| Prestação cuidados médicos | 28 | 0,1 | 0,0 | 262,45 | 4,9 | 3,6 | 50 | 0,1 | 0,0 | 337,12 | 5,7 | 0,0 |
| Complicações tardias | 720 | 1,4 | 0,0 | 467,40 | 5,0 | 0,4 | 1.089 | 1,9 | 0,1 | 527,58 | 5,3 | 1,1 |
| Quedas acidentais | 25.389 | 50,4 | 1,5 | 331,59 | 3,0 | 0,2 | 21.462 | 36,7 | 1,2 | 400,95 | 3,7 | 0,7 |
| Queimaduras | 909 | 1,8 | 0,1 | 694,26 | 7,7 | 1,3 | 807 | 1,4 | 0,0 | 601,86 | 6,0 | 5,0 |
| Fatores naturais/ambientais | 3.313 | 6,6 | 0,2 | 299,72 | 3,3 | 0,4 | 3.478 | 5,9 | 0,2 | 406,89 | 3,6 | 1,1 |
| Submersão/sufocação | 150 | 0,3 | 0,0 | 342,62 | 4,4 | 2,7 | 179 | 0,3 | 0,0 | 463,62 | 5,2 | 5,0 |
| Outros acidentes | 6.814 | 13,5 | 0,4 | 414,73 | 4,2 | 0,7 | 9.005 | 15,4 | 0,5 | 474,36 | 4,5 | 2,4 |
| Seqüelas de causas externas | 391 | 0,8 | 0,0 | 518,76 | 6,0 | 0,8 | 532 | 0,9 | 0,0 | 528,26 | 6,5 | 1,1 |
| Efeitos adversos drogas/medicam | 124 | 0,2 | 0,0 | 164,57 | 3,1 | 0,8 | 171 | 0,3 | 0,0 | 187,13 | 3,4 | 1,2 |
| Suicídio | 462 | 0,9 | 0,0 | 329,83 | 3,4 | 1,9 | 1.122 | 1,9 | 0,1 | 304,91 | 3,2 | 1,7 |
| Homicídios | 1.280 | 2,5 | 0,1 | 527,36 | 5,5 | 2,7 | 5.040 | 8,6 | 0,3 | 708,19 | 6,1 | 5,0 |
| Intervenções legais | 1 | 0,0 | 0,0 | 108,25 | 2,0 | 0,0 | 7 | 0,0 | 0,0 | 542,87 | 4,4 | 0,0 |
| Lesões ign acid/intenc | 1.907 | 3,8 | 0,1 | 337,20 | 3,8 | 0,4 | 2.193 | 3,8 | 0,1 | 390,23 | 4,5 | 1,8 |
| Operações de guerra | 2 | 0,0 | 0,0 | 369,81 | 4,0 | 0,0 | 3 | 0,0 | 0,0 | 549,93 | 4,7 | 0,0 |
| Total | 50.361 | 100,0 | 2,9 | 382,49 | 3,7 | 0,7 | 58.463 | 100,0 | 3,3 | 491,47 | 4,5 | 2,1 |

(1) Taxa de internação por mil habitantes.

(2) Custo médio em Reais.

(3) Tempo médio de permanência em dias.

(4) Taxa de mortalidade hospitalar por cem internações.

Tabela 26. Internações de adolescentes por causas externas específicas, segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Causas Externas | Masculino | | | | | | Feminino | | | | | |
|---------------------------------|---------------|--------------|------------|---------------|--------------|------------|---------------|--------------|------------|---------------|--------------|------------|
| | 10 a 14 anos | | | 15 a 19 anos | | | 10 a 14 anos | | | 15 a 19 anos | | |
| | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* |
| Acidente de transporte | 6.099 | 16,2 | 0,7 | 9.643 | 21,2 | 1,1 | 2.211 | 17,5 | 0,3 | 2.831 | 21,9 | 0,3 |
| Envenenamento acidental | 253 | 0,7 | 0,0 | 357 | 0,8 | 0,0 | 308 | 2,4 | 0,0 | 494 | 3,8 | 0,1 |
| Prestação cuidados médicos | 20 | 0,1 | 0,0 | 26 | 0,1 | 0,0 | 8 | 0,1 | 0,0 | 24 | 0,2 | 0,0 |
| Complicações tardias | 471 | 1,2 | 0,1 | 709 | 1,6 | 0,1 | 249 | 2,0 | 0,0 | 380 | 2,9 | 0,0 |
| Quedas acidentais | 19.670 | 52,2 | 2,2 | 17.269 | 37,9 | 1,9 | 5.719 | 45,2 | 0,7 | 4.193 | 32,4 | 0,5 |
| Queimaduras | 683 | 1,8 | 0,1 | 572 | 1,3 | 0,1 | 226 | 1,8 | 0,0 | 235 | 1,8 | 0,0 |
| Fatores naturais/ambientais | 2.410 | 6,4 | 0,3 | 2.679 | 5,9 | 0,3 | 903 | 7,1 | 0,1 | 799 | 6,2 | 0,1 |
| Submersão/sufocação | 105 | 0,3 | 0,0 | 134 | 0,3 | 0,0 | 45 | 0,4 | 0,0 | 45 | 0,3 | 0,0 |
| Outros acidentales | 5.082 | 13,5 | 0,6 | 7.160 | 15,7 | 0,8 | 1.732 | 13,7 | 0,2 | 1.845 | 14,2 | 0,2 |
| Seqüelas de causas externas | 262 | 0,7 | 0,0 | 366 | 0,8 | 0,0 | 129 | 1,0 | 0,0 | 166 | 1,3 | 0,0 |
| Efeitos adversos drogas/medicam | 50 | 0,1 | 0,0 | 60 | 0,1 | 0,0 | 74 | 0,6 | 0,0 | 111 | 0,9 | 0,0 |
| Suicídio | 225 | 0,6 | 0,0 | 511 | 1,1 | 0,1 | 237 | 1,9 | 0,0 | 611 | 4,7 | 0,1 |
| Homicídios | 969 | 2,6 | 0,1 | 4.413 | 9,7 | 0,5 | 311 | 2,5 | 0,0 | 627 | 4,8 | 0,1 |
| Intervenções legais | 1 | 0,0 | 0,0 | 6 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0,0 |
| Lesões ign acid/intenc | 1.405 | 3,7 | 0,2 | 1.604 | 3,5 | 0,2 | 502 | 4,0 | 0,1 | 589 | 4,5 | 0,1 |
| Operações de guerra | 2 | 0,0 | 0,0 | 2 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 37.707 | 100,0 | 4,3 | 45.511 | 100,0 | 5,0 | 12.654 | 100,0 | 1,5 | 12.952 | 100,0 | 1,5 |

(*) Taxa de internação por mil habitantes.

Romeu
Gomes

Maria
Cecília
de Souza
Minayo

Cláudio
Felipe
Ribeiro
da Silva

Violência contra a mulher

uma questão transnacional
e transcultural das
relações de gênero

Introdução

Gênero, categoria estruturante

A forma contemporânea de se ampliar o foco da discussão da violência contra a mulher consiste em compreender tal temática como uma das formas de violência de gênero. O termo gênero tem ligação direta com o feminismo e está vinculado, conceitual e politicamente, com o movimento de mulheres contra a secular opressão patriarcal que as tem impedido de oferecer à sociedade sua contribuição peculiar.

Gênero diz respeito a relações de poder e à distinção entre atributos culturais atribuídos a cada um dos sexos e suas peculiaridades biológicas. Para Saffioti (2002), gênero é o sexo socialmente modelado, ou seja, as características tidas como masculinas e femininas são ensinadas desde o berço e tomadas como verdadeiras, pela sua repetição cultural. Essas características socialmente atribuídas se fundam na hierarquia e na desigualdade de lugares sexuais (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995).

A violência de gênero abrange a que é praticada por homens contra mulheres, por mulheres contra homens, entre homens e entre mulheres. Refletir sobre a relação violência-gênero é importante “para indicar não apenas o envolvimento de mulheres e homens como vítimas e autores/as, mas também o seu envolvimento como sujeitos que buscam afirmar, mediante a violência, suas identidades masculinas e femininas” (SUÁREZ; BANDEIRA, 1999, p. 16). Mesmo considerando que a mulher possa vir a ser agente de violência na sua relação com o homem, culturalmente, na sociedade brasileira e no mundo, em geral, ela é a vítima preferencial (SAFFIOTI, 2002; KRUG et al., 2002).

A violência contra a mulher constitui uma questão de saúde pública, além de ser uma violação explícita dos direitos humanos. Estima-se que esse problema cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Suas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado (SCHRAIBER et al., 2002).

Na base de tais situações aqui descritas, estão arraigados modelos culturais (GIFFIN, 1994; HEISE et al., 1994; SCHRAIBER et al., 2002), pois a violência contra a mulher, vista a partir das relações de gênero, distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construído, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido pelas mulheres, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias (MINAYO, 1994). Os abusos e preconceitos contra as mulheres se fundam no dualismo hierárquico de origem grega que privilegia a mente. Essa atribuição ao homem da representação da razão e da lógica é um padrão cultural milenar. Paralelamente, a representação da mulher acumula preconceitos contra o corpo e a matéria, pois, o feminino é descrito como o lócus da corporalidade, da emoção, das coisas efêmeras, cíclicas e a atribuição de cuidados na esfera privada. Como características do masculino, são citados: conhecimento, razão, controle, objetividade, estabilidade e atuação na esfera pública (WILSHIRE, 1997).

A visibilidade da violência contra a mulher, entendida como uma expressão da violência de gênero, deve muito de sua força ao movimento feminista que, junto com a politização da questão ambiental, constitui o mais importante movimento social do século XX. A partir da segunda metade desse século, sua estratégia de ação se centrou na desconstrução das seculares raízes culturais da inferioridade feminina e do patriarcalismo, nas denúncias das diversas formas de violência, nas tentativas de modificar as leis que mantinham a dominação masculina e na construção de novas bases de relação, protagonizada por mudanças de atitudes e de práticas nas relações interpessoais. A vitimização da mulher no espaço conjugal, por exemplo, foi um dos maiores alvos da atuação do movimento feminista, que nos últimos 50 anos vem buscando desnaturalizar os abusos, os maus-tratos e as expressões de opressão. Assim, problemas que, até então, permaneciam como segredos do âmbito privado – “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” – passaram a ter visibilidade social.

A expressão gênero, portanto, tornou-se relevante para se compreender a interação e a cumplicidade com que se constroem as relações entre homens e mulheres, ambos marcados por uma cultura machista e patriarcal (GOMES, 2003).

Em resumo, as relações violentas entre homens e mulheres devem ser vistas como parte das relações sociais em geral, focalizando-se as diferenças culturais atribuídas aos gêneros masculino e feminino (TAVARES, 2000). Nessa definição, há o reconhecimento de que, nas relações interpessoais, os homens raramente são agredidos por membros de sua família. Já as mulheres tanto são vítimas de maus-tratos cometidos por estranhos como por conhecidos e parentes (PITANGUY, 2003).

1. Violência contra a mulher: realidade transnacional e transcultural

Para definir a violência contra a mulher, usa-se aqui uma definição do Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde (PATH) que resume um conjunto de conceituações hoje vigentes: “qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta, ou que provavelmente resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada” (PROGRAMA PARA TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAÚDE, 2002, p. 1).

O movimento Marcha Mundial das Mulheres (2004), no documento que servirá de base de discussão do Fórum Social Mundial, mostra, em primeiro lugar, a universalidade desse tipo de violência no mundo, afirmando que a todo minuto mulheres são abusadas, humilhadas, agredidas, violadas, espancadas, exploradas, mortas, na maioria das vezes, por homens que estão bem próximos a elas.

A violência contra mulheres, em maioria, se exprime na esfera privada, embora, mostram as feministas, o âmbito privado é político também. Por exemplo, manifesta-se no seio da família com a violação incestuosa, com as mutilações genitais, com o infanticídio, com a preferência pelo filho homem, com os casamentos forçados. Dentro do casamento, expressa-se na relação por meio do estupro conjugal, pelas pancadas, pelo controle psicológico, pelo proxenetismo, pelo crime de honra ou, às vezes, pelo assassinato da esposa.

No domínio público, a violência se manifesta pelo assédio sexual e moral no trabalho, pelas agressões sexuais, pelo estupro coletivo, pelo tráfico sexual, pelo uso da mulher na pornografia, pelo proxenetismo organizado, pela escravidão e pelas esterilizações

forçadas, dentre outras. Todas essas expressões, lembra o referido documento, frequentemente, são toleradas, silenciadas, desculpadas pela dependência das mulheres em relação aos homens ou por explicações psicologizantes inaceitáveis, tais como: os homens são incapazes de controlar seus instintos, os estupradores são doentes mentais, as mulheres gostam de homens agressivos.

Mas, a violência contra a mulher também provoca a sua morte, seja por razões conjugais, sexuais ou culturais. Por exemplo, são conhecidos internacionalmente os assassinatos de recém-nascidas na China e os crimes de honra em Marrocos e na Jordânia. Mas, na sociedade brasileira os homicídios também ocorrem, como se verá a seguir, seja pela exacerbação da relação conjugal, seja por outros motivos que as incluem no âmbito da violência social mais ampla.

Os termos utilizados para caracterizar as várias formas de violência contra a mulher, no Brasil, encontram-se devidamente tratados na parte introdutória deste livro onde se definem os conceitos de violência física, sexual, psicológica e negligências. O que se acrescenta a seguir são exemplos que ocorrem na realidade do País e devem ser vistos como as formas mais habituais de maus-tratos e abusos que vitimam as mulheres.

Violência Sexual

- Forçar relações sexuais quando a mulher está com alguma doença, colocando sua saúde em risco.
- Forçar relações sexuais, em geral.
- Estuprar e assediar sexualmente.
- Exibir do desempenho masculino.
- Produzir gestos e atitudes obscenos, no trato com as mulheres.
- Discriminar a mulher por sua opção sexual.

Violência Física

- Agredir deixando marcas como hematomas, cortes, arranhões, manchas e fraturas.
- Quebrar seus objetos, utensílios e móveis.
- Rasgar suas roupas.
- Esconder ou rasgar seus pertences e documentos.
- Trancar a mulher em casa.

Violência Psicológica:

- Humilhar e ameaçar, sobretudo diante de filhos e filhas.
- Impedir de trabalhar fora, de ter sua liberdade financeira e de sair.
- Deixar o cuidado e a responsabilidade do cuidado e da educação dos filhos e das filhas só para a mulher.
- Ameaçar de espancamento e de morte.
- Privar de afeto, de assistência e de cuidados quando a mulher está doente ou grávida.
- Ignorar e criticar por meio de ironias e piadas.
- Ofender e menosprezar a seu corpo.

- Insinuar que tem amante para demonstrar desprezo.
- Ofender a moral de sua família.
- Desrespeitar seu trabalho de cuidado com a família ou fora de casa.
- Criticar de forma despectiva e permanentemente sua atuação como mãe e mulher.
- Usar linguagem ofensiva.

Violência social

- Oferecer menor salário que ao homem, para o mesmo trabalho.
- Discriminar por atributos de gênero ou por aparência.
- Assediar sexualmente.
- Exigir atestado de laqueadura ou negativo de gravidez para emprego.
- Promover e explorar a prostituição e o turismo sexual de meninas e de adultas.

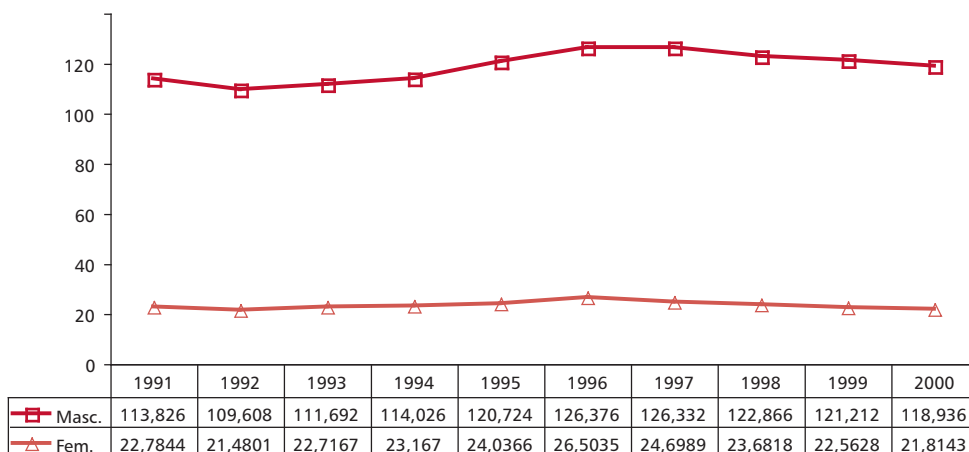
2. Mortes violentas de mulheres no Brasil

A violência com desfecho fatal cometida contra as mulheres, em nível mundial, tem apresentado menor impacto quando comparada com a que vitimiza o sexo masculino. Em 2000, no mundo inteiro, cinco milhões de pessoas morreram por causas externas, sendo que a mortalidade masculina foi duas vezes mais alta do que a feminina. Entretanto, em algumas regiões, as taxas de mortes femininas por suicídio e queimaduras são mais elevadas do que as mortes masculinas. Na China, por exemplo, as taxas de suicídio feminino chegam a ser duas vezes maior do que as do masculino (SOUZA et al., 2003).

Como se pode ver no gráfico 1, no Brasil, comparando as taxas de mortalidade por causas externas por gênero, as masculinas são superiores e crescem numa velocidade muito maior. Em 1991, as taxas masculinas eram de 113,83 por cem mil e, em 2000, 118,94 por cem mil. Já as que se referem às mulheres, no mesmo período, passaram de 22,78 para 21,81 por cem mil mulheres, respectivamente.

Gráfico 1

Taxas de mortalidade por causas externas segundo gênero. Brasil, 1991 a 2000



Fonte: SIM/Datasus

Apesar de serem muito menos elevadas, as taxas de mortalidade feminina no período de 1990 a 2000, na faixa dos 15 a 24 anos, tiveram um crescimento relativo um pouco maior do que as masculinas. Em 1990, cerca de 60% dos óbitos masculinos ocorridos nessa faixa etária se relacionavam às causas violentas e, em 2000, passaram a representar 70%, havendo um incremento de 15%. Já no conjunto de óbitos femininos nessa mesma faixa etária, as causas violentas passaram de 28,9% para 33,5%, significando um aumento relativo de 16% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002).

Na tabela 1, pode-se verificar que as taxas de mortalidade feminina por causas externas oscilaram ao longo da década, sendo 22,78 em 1991, elevando-se para 26,50 em 1996 e chegando a 21,81 em 2000. Quando se analisam as violências por causas específicas, tomando-se como referência o início e término da década, observa-se que apesar de os acidentes de transporte continuarem sendo a principal causa violenta de óbitos de mulheres, essa forma de vitimização veio perdendo força para os homicídios que aumentaram no período.

Tabela 1. Taxas de mortalidade feminina por causas externas específicas. Brasil, 1991 a 2000

| Causa externa | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Acidente Transporte | 8,42 | 7,75 | 8,03 | 8,45 | 9,05 | 9,59 | 8,94 | 7,72 | 7,22 | 6,60 |
| Afogamento | 2,06 | 2,16 | 2,23 | 2,27 | 2,31 | 2,49 | 2,12 | 2,02 | 1,84 | 1,83 |
| Demais causas | 2,79 | 2,38 | 2,72 | 2,53 | 2,46 | 4,46 | 4,14 | 3,57 | 3,99 | 3,46 |
| Homicídio | 3,67 | 3,19 | 3,42 | 3,64 | 4,21 | 4,62 | 4,43 | 4,27 | 4,26 | 4,34 |
| Lesões ignoradas | 2,21 | 2,47 | 2,83 | 2,63 | 2,16 | 2,28 | 1,98 | 2,69 | 2,24 | 2,53 |
| Queda | 2,03 | 1,97 | 1,93 | 1,97 | 2,06 | 1,30 | 1,34 | 1,64 | 1,54 | 1,46 |
| Suicídio | 1,61 | 1,57 | 1,55 | 1,67 | 1,78 | 1,77 | 1,76 | 1,78 | 1,48 | 1,60 |
| Total | 22,78 | 21,48 | 22,72 | 23,17 | 24,04 | 26,50 | 24,70 | 23,68 | 22,56 | 21,81 |

Fonte: SIM/Datasus

Comparando-se os dados por capitais brasileiras, constata-se que, durante o período, a mortalidade feminina por causas externas foi bem desigual. Os homicídios apresentaram as maiores taxas em 1991 em Boa Vista, Rio Branco e Recife, com 12,03, 9,05 e 8,92 por cem mil mulheres, respectivamente. Já em 2000, Boa Vista continuou a ter o primeiro lugar nas taxas de homicídios cometidos contra mulheres, 10,97; seguiram-se Porto Velho e Recife, ambas capitais com taxa de 10,12 por cem mil. Em 1991, Florianópolis era a capital com menor taxa de homicídio feminino (0,76) e, em 2000, esse lugar passou a ser ocupado por Natal com taxa de 0,26 por cem mil.

Em geral, os homens morrem mais por causas externas do que as mulheres. No entanto, dependendo da faixa etária e da causa específica, podem ser constatadas especificidades entre os gêneros, apontando uma maior vitimização feminina em determinados casos. A tabela 2 ilustra essas especificidades, ocorridas no ano de 2000.

Os dados dessa tabela apontam que: (a) os homicídios representam a primeira causa externa de mortes masculinas e a segunda causa externa de mortes femininas; (b) os homens morreram por acidentes de transportes quatro vezes mais do que as mulheres; (c) os acidentes de transportes foram a principal causa externa de mortes femininas; (d) tanto os homicídios masculinos quanto os femininos aumentaram do início para o final da década; (e) os suicídios e os acidentes de transporte tiveram mais peso nos óbitos femininos do que nos masculinos em todas as faixas etárias, exceto nos grupos de 0 a 4 e de 60 ou mais anos; (f) os homicídios tiveram maior importância para os homens em todas as faixas, exceto na de 0 a 4 anos; (g) o afogamento é mais importante para os homens do que para as mulheres nas faixas etárias de 0 a 4 e de 5 a 14 anos.

Tabela 2. Mortalidade proporcional por causas externas específicas segundo faixas etárias e gênero. Brasil, 2000

| Causa Externa | 0-4a | | 5-14a | | 15-29a | | 30-44a | | 45-59a | | 60+a | |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| Acidente de transporte | 20,9 | 18,6 | 34,2 | 40,7 | 19,4 | 33,1 | 26,2 | 32,9 | 30,5 | 34,8 | 29,8 | 23,0 |
| Afogamento | 40,8 | 39,1 | 25,0 | 21,3 | 5,1 | 4,8 | 4,8 | 3,7 | 5,1 | 4,1 | 4,9 | 4,9 |
| Demais causas | 18,1 | 21,5 | 14,7 | 13,5 | 6,5 | 8,8 | 9,0 | 11,2 | 12,0 | 17,7 | 18,3 | 25,8 |
| Homicídio | 5,0 | 5,5 | 13,9 | 12,2 | 56,1 | 33,7 | 41,8 | 30,0 | 27,9 | 17,0 | 13,4 | 4,3 |
| Lesões ignoradas | 11,3 | 11,9 | 7,7 | 7,4 | 8,0 | 8,7 | 9,5 | 10,6 | 11,3 | 11,8 | 12,7 | 15,9 |
| Queda | 3,8 | 3,4 | 3,4 | 2,5 | 1,0 | 0,8 | 2,6 | 1,2 | 4,6 | 3,3 | 11,6 | 22,0 |
| Suicídio | 0,0 | 0,0 | 1,2 | 2,5 | 3,9 | 10,1 | 6,1 | 10,4 | 8,6 | 11,2 | 9,2 | 4,0 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fonte: SIM/Datasus

Comparados por faixa etária, em 2000, a proporção de homicídios masculinos no conjunto da mortalidade por acidentes e violências era de 5,0% na faixa de 0 a 4 anos de idade e seu maior percentual no grupo de 15 a 29 anos de idade (56,1%). Já os femininos, dentro dos mesmos parâmetros, corresponderam a 5,5% e 33,7%. Tanto em 1991 quanto em 2000, mais meninas de 0 a 4 anos de idade foram assassinadas do que meninos dessa faixa etária, numa proporção de 4,9% para 4,5% e 5,5% para 5,0%, respectivamente.

Nas relações entre autoria de homicídios e vítimas, também as diferenças de gêneros se destacam. Dados de 1995 e 1996 apontam que, nos homicídios masculinos, o percentual dos que demonstravam uma relação de afinidade entre vítima e acusado como agressor foi de 35,60% e 39,34%, respectivamente. Já em relação aos assassinatos de mulheres esse percentual foi bem superior, com 66,04% e 72,28%, respectivamente, durante o mesmo período (BARSTED, 1998).

Durante a década, em algumas capitais, os assassinatos de mulheres tiveram um sensível crescimento. As três que mais destacaram por esse tipo de crime foram Boa Vista, Cuiabá e Palmas, com elevação de 178,8%, 128,3% e 65,6%, respectivamente.

Em algumas capitais brasileiras o assassinato foi a primeira causa violenta de morte de mulheres. É o caso, em 2000, de Recife, onde os homicídios atingiram a taxa de 10,12 por cem mil mulheres; de São Paulo, 7,64 por cem mil; São Luís, 3,45 por cem mil e Salvador, 2,09 por cem mil.

Identificam-se correlações positivas entre as taxas de mortalidade feminina por causas externas e indicadores socioeconômicos relacionados à alfabetização ($R=0,38$), renda ($R=0,41$) e pobreza ($R=0,47$), com significância de 0,05. Esses achados merecem uma reflexão. Primeiramente, chama atenção o fato das correlações encontradas serem fracas. Além disso, cabe observar que os dados se referem a capitais. Talvez por isso, nesses espaços, onde o índice de alfabetização é mais ou menos homogêneo e costuma ser elevado, tenha sido encontrada a mais fraca correlação dessa variável com a mortalidade feminina. Por outro lado, no caso brasileiro, as capitais que apresentam maior dinamismo econômico seriam também aquelas em que se observa maior desigualdade econômica, ou seja, concentram pessoas com renda mais elevada ao mesmo tempo em que são pólos atrativos para uma população carente que aí busca condições de sobrevivência. Essa seria uma hipótese para explicar as correlações observadas entre maiores renda e pobreza e taxas de mortalidade feminina por causas externas mais elevadas.

Já no que se refere ao indicador razão de dependência⁴ ($R= -0,41$), observou-se uma correlação negativa, ou seja, quanto menor a razão de dependência maior a taxa de mortalidade. Em outras palavras, as taxas de mortalidade feminina por causas externas são maiores quanto menor for o grupo de pessoas inativas (crianças e idosos). Nesses dados sobre as capitais brasileiras, o que pode estar ocorrendo é que a violência fatal sobre as mulheres seria maior onde as unidades familiares fossem, em média, menores, o que é uma característica das grandes metrópoles do País.

⁴ Razão de dependência é a proporção de pessoas que vivem em famílias nas quais a razão entre os inativos (membros com idade de até 14 anos e de 65 anos ou mais) e os ativos (membros com idade entre 15 e 64 anos) é maior que 75%.

4. Extensão e consequência da violência para a vida e a saúde das mulheres

Os maus-tratos e abusos cometidos contra as mulheres brasileiras apresentam uma extensão significativa. Pesquisa (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2004), realizada com 2.502 mulheres em 187 municípios de 24 estados das cinco macrorregiões brasileiras, apontou que uma em cada cinco mulheres brasileiras (19%) declarou espontaneamente que sofreu violência por parte de algum homem. Quando incentivadas para citarem algum tipo de agressão, 43% informaram que foram agredidas por homens.

Outro dado significativo do estudo ressalta que um terço das mulheres (33%) admite já ter sido vítima, em algum momento de sua vida. No conjunto das entrevistadas, 11% declararam ter sofrido espancamento com cortes, marcas ou fraturas e 8% foram ameaçadas por armas de fogo. A partir dos dados, a pesquisa fez uma projeção da taxa de espancamento (11%) para o universo investigado (61,5 milhões), indicando que pelo menos 6,8 milhões de mulheres foram espancadas.

O marido ou parceiro foi o agressor freqüentemente apontado numa variação de 53% e 70% das ocorrências em qualquer modalidade de violência pesquisada, excetuando-se o assédio. Constatou-se, também, que as mulheres raramente fazem denúncias públicas e, em quase todos os casos de violência, mais de 50% não procuram ajuda.

Outra faceta do problema é apontada pelo estudo de Leal & Leal (2002). Trata-se do tráfico de mulheres – adultas, adolescente e crianças – para fins de exploração sexual comercial. Esse estudo demonstrou que há uma associação entre os abusos sofridos anteriormente tanto no interior da família quanto fora dela e a opressão do tráfico. Num conjunto de 219 de casos notificados e estudados, 98 mulheres tinham idade especificada e 121 eram apenas citadas como mulheres e adolescentes. Das que possuíam idade declarada, 53% eram adultas e 47%, adolescentes. No comércio de tráfico, os homens aparecem como os principais aliciadores e recrutadores. As autoras chamam a atenção para o fato de que, apesar do tráfico de mulheres ser um fenômeno em expansão no País, pouco se sabe sobre o número de vítimas envolvidas e a dinâmica das redes que o mantêm.

Especificamente em relação à exploração sexual de crianças e adolescentes, a existência de meninas prostituídas no País, com diferentes características regionais, também se desponta como uma das formas mais perversas da violência cometida contra a mulher. Tal exploração se ancora “na comercialização do corpo como coerção ou escravidão ou para atender às necessidades básicas de sobrevivência” (GOMES et al., 1999, p. 171), revelando, dentre outros níveis de dominação, os de ordem adultocêntrica, masculina e econômica.

A maior consciência de seus direitos e o aprimoramento dos registros vêm fazendo com que a violência cometida contra a mulher adquira maior visibilidade na sociedade brasileira. Destacam-se, por exemplo, estudos de ocorrências registradas nas Delegacias Especializadas de Natal, Fortaleza, Salvador e João Pessoa, no período de 1987 a 1997 (AMARAL, 2002): as denúncias que, em 1990, foram 12.951, em 1997, chegaram a 22.585, observando-se uma importante elevação no processo de notificações.

Como em todos os estudos brasileiros sobre o tema, os resultados do trabalho de Amaral (2002) revelam um quadro típico de violência intrafamiliar com as seguintes características: a maioria das vítimas com idade entre 15 e 45 anos; possuindo algum vínculo afetivo com o agressor; sem renda própria; com baixo grau de instrução (Ensino Fundamental incompleto) e morando em bairros periféricos daquelas capitais. O estudo concluiu que do total de registros de maus-tratos físicos, cujos agressores são maridos ou companheiros, poucos tiveram encaminhamento jurídico, indicando que a sociedade ainda não internalizou esse tipo de violência como passível de penalidade (AMARAL, 2002).

Junto à conclusão desse estudo, não pode ser desconsiderado o fato de que o não encaminhamento jurídico também revela que, em alguns casos, as mulheres não desejam penalizar os seus maridos ou companheiros com medo de que sejam presos. Em outros casos, com base em Muniz (1996), observam-se que as solicitações feitas às DEAMs demandam soluções distintas das que são oferecidas pelo uso da lógica do mundo jurídico formal. A autora citada, em seu estudo realizado em DEAMs do Rio de Janeiro, observa que nessas delegacias são comuns os mecanismos de resolução de conflitos com uma dinâmica flexível, reversível e extremamente seletiva. Nesse sentido, em momentos, a autoridade policial exerce um papel de mediação para se encontrar um tipo de resolução demandado pela clientela dessas delegacias. Nesse cenário, observa-se que

na maior parte dos casos atendidos os litigantes encontram-se enredados em densas vinculações, isto é, em relações múltiplas onde a continuidade dessas mesmas relações, sejam elas estruturalmente conflituosas ou harmônicas, se impõe como um valor que parece ultrapassar as razões imediatas da denúncia" (MUNIZ, 1996, p. 151).

Estudos do ISER (2003), tendo como campo empírico Delegacias Distritais e Delegacias Especiais de Atendimento a Mulher do Rio de Janeiro (DEAMs), mostraram que as denúncias cresceram 68,1% no período de 1991 a 1999. Essa pesquisa assinalou um aumento de notificações de ameaças, estupro e lesões corporais dolosas, da ordem de 256,6%, 65,0% e 35,0%, respectivamente. É claro que está ocorrendo expressiva mudança no comportamento das mulheres vítimas e da sociedade, trazendo a público um problema antes tratado como do âmbito privado.

Especificamente em relação à violência sexual, a Secretaria de Segurança do Estado do Rio de Janeiro apresenta um diagnóstico preliminar (RIO DE JANEIRO (Governo), 2004), baseado em registros das delegacias brasileiras. Nesse documento, são registrados limites atribuídos ao fato de as estatísticas nacionais sobre o assunto serem pouco detalhadas e ao fato de os crimes sexuais serem particularmente subnotificados. O referido diagnóstico revela que, entre os anos 1999 e 2000, 54.176 pessoas foram vítimas de estupro e de atentado violento ao pudor. Dentre esses dados, destacam-se 30.003 estupros notificados por mulheres. As taxas de estupro foram de 9,22 por cem mil habitantes e 8,78 por cem mil, nos anos de 1999 e 2000, respectivamente. As de atentado violento ao pudor, no mesmo período, corresponderam a 6,76 por cem mil e 7,13 por cem mil nos mesmos anos estudados. As vítimas de estupros são mulheres de todas idades, enquanto as de atentado violento ao pudor são, predominantemente, crianças e adolescentes.

Em relação ao Estado do Rio de Janeiro, o diagnóstico em questão apresenta uma série histórica de registros relativos a estupro e atentado ao pudor, permitindo uma análise mais aprofundada do que no caso nacional. Especificamente no que se refere a registros

de estupro, predominantemente cometido contra mulheres, as notificações cresceram de 1991 (com 886 registros) até 1999 (com 1.571 registros) e tiveram uma leve queda até 2001 (com 1.364 registros). No caso dos atentados violentos ao pudor, o total de vítimas em 1991 foi de 473, passando para 1.770 em 2001. O percentual de mulheres vítimas desse atentado foi crescendo ao longo do período, passando de 21,4% em 1991 para 75,3% em 2001 no conjunto das vítimas (RIO DE JANEIRO (Governo), 2004).

O crescimento dos registros de estupros e atentados violentos contra o pudor não significa necessariamente um aumento de casos ocorridos no Estado do Rio de Janeiro. Como o próprio diagnóstico (RIO DE JANEIRO (Governo), 2004) menciona, o aumento das notificações desses crimes se explicam, em parte, pela melhoria no registro de informações, sobretudo nas Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulher (DEAMs). Mesmo levando em conta tal observação, não se pode desconsiderar que o aumento de registros também pode ser traduzido pela melhor visibilidade desses crimes no âmbito social.

Quando se levam em consideração os tipos de violências por gênero das vítimas, encontram-se diferenças significativas. Os dados da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro para o ano de 1999 revelam que, dos homicídios dolosos, 81,1% eram homens, 8,4% mulheres e em 10,5% não havia informação do sexo. Em relação às queixas por lesões dolosas, 59,3% eram de mulheres, 35,7%, de homens e em 5,0% dos casos não havia informação (INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDOS RELIGIOSOS, 2003). Esses dados indicam que os homens são mais atingidos pela violência fatal em geral cometida pelos próprios homens e as mulheres são as maiores vítimas de lesões, abusos e maus-tratos, perpetrados por homens.

Estudos de Schraiber et al (2002), tomando como base um serviço de atenção primária em São Paulo, é bastante revelador do que se pode detectar nessas unidades. Os autores assinalaram 34,1% de lesões e queixas de violência física e de 36,6% quando essas são somadas à violência sexual no âmbito familiar por parte das usuárias. Parcela considerável das vítimas (21,3%) eram mulheres grávidas. A maioria dos abusos é cometida por parceiros, ex-parceiros e outros familiares. Os autores observam que a violência de que se queixam as mulheres costuma se apresentar de forma severa e repetitiva, atingindo sua face, seu pescoço e seus braços, principalmente. O mesmo estudo revela que uma em cinco mulheres admitiu ter medo de alguém próximo a ela e uma em três delas viviam em situação endêmica de violência interfamiliar. Segundo a pesquisa, porém, apenas 55% das que sofreram agressões físicas reconheceram tais abusos como violência, o que revela, em si, ainda um longo caminho a percorrer na consciência de seus direitos.

Os dados de internações do Datasus que utilizam a classificação da CID, lesões e envenenamento por gênero, revelam, ao contrário do quadro de denúncias aos órgãos de segurança pública, uma diminuição das lesões e traumas associados à violência, entre 1995 a 2000. Ao contrário, as internações masculinas por essas causas chegam a ser mais do que o dobro das femininas. As taxas de internação por acidentes e violências eram de 6,48 por mil, para homens e 3,01 para mulheres. Em 2000, ambas caíram para 5,80 e 2,42, respectivamente. O decréscimo foi de 10,4% e de 19,6%, apontando para uma diminuição maior das internações femininas.

Levando-se em conta as taxas de internação por todas as causas por um maior período de análise que vai de 1984 a 2000, verifica-se o aumento das taxas por acidentes e violências (18,9%). As taxas de internação para mil habitantes passaram de 3,4 em 1984

para 4,1 internações em 2000. Ressalta-se ainda que o início dos anos 90 concentrou as taxas mais elevadas de todo o período analisado (MINAYO et al, 2003, 110).

Análises de Minayo et al. (2003) ressaltam que, em 2000, no Brasil: (a) os homens internaram mais do que as mulheres, representando cerca de 70% do total; (b) a capital que apresentou a maior taxa é Belém (6,7 internações por mil habitantes) e a menor, Natal (2 internações por mil habitantes); (c) nas faixas etárias acima de 60 anos, houve maior número de internações femininas do que masculinas, com as proporções de 7,2% e 6,2%, respectivamente; (d) as hospitalizações concentraram-se nas faixas etárias de até 29 anos, diminuindo até a faixa de 59 anos e voltando a crescer no grupo de 60 anos ou mais; (e) dentre as principais causas de internação do grupo das lesões e envenenamentos, os traumatismos representaram 83,2% do total.

As informações sobre hospitalizações, no entanto, não dão conta do mal profundo que os abusos e maus-tratos causam à saúde das mulheres. As conseqüências, sejam quais forem as circunstâncias e formas de violência sofridas, em primeiro lugar, manifestam-se em forma de vergonha e culpabilidade. Vergonha do que sofreram, como invasão de sua intimidade, negação de seu livre arbítrio e de sua integridade. Culpabilidade, por constatar que nunca foram capazes de resistir suficientemente. As marcas desse sofrimento moral aparecem logo no corpo, na saúde, trazendo seqüelas não só físicas, mas também evidenciando vários tipos de associação, somatização e prejuízo mental. Uma delas é a persistência de dores que se cronicam sem diagnóstico de lesões, como mostra a pesquisa de Almeida (2001). Esse estudo mostrou que mais de 90,1% de mulheres com dores crônicas, atendidas por um centro específico para a atenção a esse problema no Hospital Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/RJ, sofreram ou ainda sofriam violência física intrafamiliar e 46,2% delas tinham sido ou ainda eram vítimas de violência sexual. Os médicos que as atendem nunca haviam se atentado para os estragos da violência sobre a saúde. Também Minayo et al (2003a) e Cavalcante e Minayo (2004) observaram, num estudo qualitativo que usou a técnica de autópsia psicossocial, uma sinergia muito elevada entre violência contra a mulher e tentativas e ideação suicida. Mas, os problemas são ainda mais vastos: atingem-nas emocionalmente por meio da perda de auto-estima, provocando depressão, fobias, pesadelos, crises de angústia, psicoses, medo de relações sexuais, dentre outros. Heise et al (1994) ressaltam, por meio de comparações internacionais, que cerca de 35% das queixas das mulheres aos serviços de saúde estão associadas a algum tipo de violência.

5. Violência estrutural e desigualdade racial e social

No que concerne à violência estrutural, verifica-se que, em algumas situações, as mulheres são mais atingidas do que os homens. Os dados do IBGE (2002a) revelam que, apesar das mulheres serem a maioria no País, terem uma escolaridade maior do que a dos homens, assumirem cada vez mais a liderança das famílias e desempenharem papéis importantes na sociedade brasileira, sua renda continua sendo menor do que a masculina. Embora, ao longo da década, essa desigualdade tenha diminuído, seu rendimento ainda é menor: em 1991, equivalia a 63,1% e, em 2000, a 71,5% do que os homens recebiam.

As mulheres, além de receberem menos do que os homens, também exercem dupla jornada, acumulando tarefas domésticas. Segundo IBGE (2002b), a parcela feminina

que trabalhava só em afazeres domésticos correspondia, em 1992, a 90% do conjunto de mulheres ocupadas, passando para 93,6% em 2000. Já entre os homens que trabalhavam, esse percentual subiu de 35,8% para 51,2%, em 1992 e 1999, respectivamente. Os dados revelam tanto diferenças quanto desigualdades entre homens e mulheres.

Estudo sobre a produção bibliográfica brasileira no campo da Saúde revela que, na década de 90, a violência contra a mulher passou a ser explicada, majoritariamente, a partir da perspectiva de gênero, como parte das relações de dominação e de desigualdades entre elas e os homens (GOMES, 2003).

Embora constituam uma cultura socialmente generalizada, as desigualdades de gênero assumem tonalidades diferenciadas quando relacionadas à classe, etnia e raça, evidenciando uma dramaticidade específica, quando são analisadas a partir das variáveis assinaladas (BARSTED, 2004). No entanto, nem sempre se consegue apoiar essa discussão a partir de informações precisas. Oliveira (2003) chama atenção para a dificuldade de se dimensionar a magnitude da violência contra a mulher, no Brasil, a partir da perspectiva racial. A autora observa que não há “dados que possibilitem traçar um quadro sobre a violência específica contra as mulheres negras” (OLIVEIRA, 2003, p. 180).

No entanto, quando se situam as desigualdades como produto de fatores estruturais, é possível constatar diferenças significativas na combinação das variáveis raça e gênero. O estudo de Henriques (2001) evidencia com clareza tais diferenças, baseando suas análises em Pesquisas Nacionais de Amostras Domiciliares (Pnad) do IBGE, realizadas nos anos 90. Em tais inquéritos, o quesito cor escolhido pelo entrevistado oscila entre as opções “branca”, “preta”, “amarela”, “parda” e “indígena”. Henriques (2001) considera como população negra ou afro-brasileira a que declara “cor parda e preta”.

Independentemente de sexo, nesse estudo, observa-se uma composição da pobreza que aponta para exclusão racial. “Os negros em 1999 representavam 45% da população brasileira, mas correspondem a 64% da população pobre e 69% da população indigente. Os brancos, por sua vez, são 54% da população total, mas somente 36% dos pobres e 31% dos indigentes” (HENRIQUES, 2001, p. 9).

A partir do estudo que privilegiou a desigualdade como a categoria central, o autor conclui que: (a) há uma imensa desigualdade de oportunidades que penaliza a população negra, fazendo que a pobreza não esteja “democraticamente” distribuída entre as raças; (b) os brancos são mais ricos e desiguais em oportunidades e (c) os negros são mais igualmente pobres.

Henriques (2001) chama atenção também para o fato de estar havendo um “embranquecimento da riqueza nacional”: no conjunto dos 10% mais pobres do País, 70% são negros, enquanto que, nos 10% mais ricos, somente 15% são negros. As desigualdades entre brancos e negros também podem ser observadas na escolaridade média da população adulta. Os dados relativos aos anos de estudo, em 1999, apontam para: (a) um diferencial entre brancos e negros de 2,3 anos; (b) uma taxa maior de analfabetismo em negros com mais de 15 anos, com 19,8% contra 8,3% dos brancos com a mesma faixa etária; (c) um maior percentual de analfabetos funcionais de negros com menos de quatro anos de estudo (46,9%) em relação aos brancos na mesma situação (26,4%); (d) uma diferença significativa entre negros e brancos no conjunto dos adultos que não completaram o Ensino Fundamental, 7,3% contra 57,4%.

Combinando-se a análise das desigualdades raciais com as variáveis gênero e anos de estudo, pode ser observado seu impacto na participação do mercado de trabalho. No período de 1992 a 1999, as diferenças entre as mulheres se acirraram, penalizando mais as negras, enquanto as diferenças entre homens apontaram, no mesmo período, vantagens relativas dos negros.

Apesar de tanto as mulheres brancas quanto as negras terem aumentado suas taxas de participação no mercado de trabalho, entre 1992 e 1999, a melhoria relativa das brancas é significativamente superior a das negras. Já entre os homens, a taxa de participação dos homens negros cresceu mais que a dos brancos em toda a série. A desagregação por raça revela que, nos anos 90, há uma ampliação das diferenças entre as mulheres, penalizando as negras, e uma redução dessas diferenças entre os homens (HENRIQUES, 2001).

A violência presente nas relações de gênero traz perdas para o ser masculino, uma vez que o gênero, enquanto construção histórico-social, tanto pode ser considerado como fator estruturante das relações entre homens e mulheres, quanto pode ser visto como um fator determinante do adoecer e da morte da população masculina e feminina. O padrão da masculinidade vigente tende a contribuir para que os homens adotem comportamentos de risco, transformando-se nas principais vítimas da mortalidade por causas externas. Esse é o mesmo modelo que impera na dominação sobre as mulheres e se expressa nos atos violentos físicos e simbólicos cometidos contra elas (REDES HUMANIZADAS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES AGREDIDAS SEXUALMENTE, 2003).

A construção da masculinidade como fator da violência prejudica tanto a mulher quanto os homens, como mostra o documento *Violência Intrafamiliar: Orientação para a Prática em Serviço* (BRASIL, 2002), chamando a atenção para a necessidade de se rever o mito de que a mulher é o único ser prejudicado pela cultura machista. As idéias de Bourdieu (1999) podem ser utilizadas para melhor explicar essa afirmação, uma vez que tal autor observa que, no cenário da dominação masculina, as vítimas não são apenas as mulheres. Nele, os homens também estão aprisionados, sem que se percebam como vítimas da representação dominante. Assim, o que é tido como um privilégio masculino também pode ser uma cilada, fazendo com que o ser masculino, em tensão e contensão permanentes, seja a todo o momento testado em situações em que virilidade e violência se mesclam num espaço que está *“fora de todas as ternuras e de todos os enternecimentos desvirilizantes do amor”* (BOURDIEU, 1999, p. 66).

6. Prevenção da violência contra a mulher e papel da área de saúde

No final dos anos 70 e início dos 80, no Brasil, a problemática da violência contra a mulher, trazida a público e politizada pelo movimento feminista ganhou expressividade. Uma das conquistas dos grupos de militância dessa causa foi a criação de serviços como das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres (DEAMs), as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais que têm focado, principalmente, a violência física e sexual cometidas por parceiros, ex-parceiros e companheiros. Especificamente em relação às DEAMs, tidas como experiência inédita em todo mundo, essas delegacias podem ser consideradas como “um passo importante na direção do reconhecimento público da violência doméstica presente na sociedade brasileira. Elas vêm contribuindo, decisivamente, par a explicitação e ordenação de uma demanda que antes encontrava-se dispersa e oculta” (MUNIZ, 1996, p. 133).

O movimento feminista também trouxe influências para o campo da Saúde. Uma de suas repercussões nesse campo foi a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) em 1983, concebido como um “modelo assistencial capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina” (CAVALCANTI, 2004, p. 48). Segundo Costa (2001), o Paism, que na representação desse movimento seria um programa feito por mulheres e para mulheres, ficou restrito ao planejamento familiar. No entanto, em alguns locais do País, os princípios desse programa ensejaram a ampliação desse foco de abrangência. No Município do Rio de Janeiro/RJ, por exemplo, a violência sexual tornou-se um dos seus temas centrais e, por conta disso, serviços de referência na atenção às mulheres vítimas de violência foram implantados, possibilitando a capacitação de profissionais, a produção de materiais educativos e a realização de eventos voltados para a intervenção e a prevenção frente à violência cometida contra a mulher (CAVALCANTI, 2004).

O que Suárez e Bandeira (2002) observam a respeito das DEAMs pode ser aplicado a todos os outros serviços, embora apresentem imperfeições, expressam um espaço público para os discursos acerca dos direitos das mulheres e de seu tratamento equitativo, no caso de denúncias das diversas situações de violência.

No caso da saúde, todas as atividades que vêm sendo desenvolvidas levam em conta algumas premissas: (1) existem, internacionalmente, definições e medidas que já se tornaram consensos em convenções e acordos mundiais: elas devem constituir-se em parâmetro das intervenções a favor das mulheres; (2) o País é atravessado por uma ampla diversidade cultural e isso, em princípio, exige a adequação cultural das medidas a serem adotadas; (3) as ações específicas da área só conseguirão alcançar êxito se forem planejadas e executadas a partir de uma articulação intersetorial e, sobretudo, com a estreita colaboração de instituições civis voltadas para a defesa dos direitos das mulheres.

A experiência mostra que alguns princípios podem guiar o encaminhamento de soluções para os problemas de maus-tratos e para a promoção dos direitos das mulheres. O Ministério da Saúde, por meio do documento *Violência Intrafamiliar: Orientação para a Prática em Serviço* (BRASIL, 2002), propõe medidas evidenciadas como eficazes por todos e todas que vêm convergindo na filosofia de trabalho, no diagnóstico dos problemas e na construção de propostas de encaminhamento:

- promover a organização de grupos de mulheres com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, poder, violência, fortalecimento da autonomia e formas alternativas de resolução de conflitos;
- facilitar o acesso a uma rede de apoio social (trabalho, moradia, etc.), buscando incluir a mulher e elevar sua condição de cidadania;
- promover grupos de homens com a finalidade de propiciar a discussão sobre a violência, relações de gênero, fortalecimento da auto-estima e formas alternativas de resolução de conflitos (BRASIL, 2002, p. 54).

Sabe-se que grande parte das ações citadas no documento do Ministério da Saúde pressupõe capacitação dos profissionais de saúde, a partir de três princípios fundamentais: (a) mudança de atitudes, vencendo preconceitos em relação à naturalização da violência de gênero (Paula, 1995); (b) busca de formas eficazes de diagnosticar a ocorrência da violência (Bergamo, 1998); e (c) não-redução da atenção ao trato das lesões e traumas, atitude corrente dentro da ótica biomédica (CORRÊA, 2000; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Para atingir os objetivos de superação da violência de gênero e em particular contra as mulheres, é preciso que os profissionais de saúde, em suas atividades cotidianas de atendimento, desenvolvam técnicas de abordagem que ultrapassem o cuidado com as lesões: (a) aprendam a fazer perguntas e a dar resposta a tal situação; (b) estejam preparados para ajudar as vítimas de violência com tratamento e referência adequados e (c) desenvolvam ações de encaminhamento, buscando eficácia dos tratamentos, em conjunto com outros setores (PROGRAMA PARA TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAÚDE, 2002).

É fundamental assinalar que o enfrentamento da violência de gênero não pode prescindir, no setor Saúde, da prevenção primária que costuma ser obscurecida pela importância de diversos programas que, compreensivelmente, procuram lidar com as consequências imediatas e inúmeras da violência (KRUG et al, 2002, p. 112). Hoje, a inflexão do modelo assistencial para o paradigma da Saúde da Família, torna os programas desse tipo de crucial importância para a democratização das relações de gênero e para a prevenção da violência contra a mulher (CAVALCANTI; MINAYO, 2004).

Os investimentos do setor devem traduzir-se, principalmente, na promoção de condições que facilitem o desenvolvimento de interações pessoais mais justas e de reconhecimento dos méritos e da contribuição feminina para a sociedade:

A base para esse ambiente deve ser a nova geração das crianças que devem crescer com melhores capacidades do que tiveram seus pais, de forma geral, em lidar com os relacionamentos e resolver seus conflitos internos, com maiores oportunidades para seu futuro e com noções mais adequadas sobre como os homens e mulheres podem se relacionar e compartilhar o poder (KRUG et al, 2002, p.112).

Referências Bibliográficas

AMARAL, C. C. G. Violência em delegacias da mulher no Nordeste. In: CORRÊA, M. (Org.). *Gênero & cidadania*. Campinas: Unicamp, 2002. p. 112-142

ALMEIDA, A. P. F. *A dor como pedido de socorro: investigação de história em mulheres com queixa de dor*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher)–Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

BARSTED, L. A. L. *Uma vida sem violência é um direito nosso*. Brasília: Ministério da Justiça/ONU, 1998.

———. *Gênero e desigualdades*. Rio de Janeiro: CEPIA [200-?]. Disponível em: <<http://www.cepia.org.br>>. Acesso em: 01 jan 2004.

BERGAMO, W. *Perfil da vítima de estupro em cidades de pequeno porte do Estado de São Paulo*. 1998. Dissertação (Mestrado)–Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientação para práticas em serviços*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 8).

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Organizadores psíquicos e suicídio: retrato de uma autópsia psicossocial. In: PRADO, M. C. C. A. (Org.). *O mosaico da violência: a perversão da vida cotidiana*. São Paulo: Vetor Editora, 2004. p. 371-431

CAVALCANTI, L. F. *Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual: representação e práticas dos profissionais de saúde*. 2004. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher)–Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CAVALCANTI, M. L. T.; MINAYO, M. C. S. Abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 480-517

CORRÊA, M. S. M. *Vivência de mulheres em condições de violência conjugal*. 2000. Dissertação (Mestrado)–Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

COSTA, S. G. Saúde, gênero e representações sociais. In: MURARO, R. M.; PUPPIN, A. B. (Org.). *Mulher, gênero e sociedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/FAPERJ, 2001. p. 112-123

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: [s.n., 200-?]. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br>. Acesso em: 20 fev. 2004.

- GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 146-155, 1994. Suplemento 1.
- GOMES, R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, pp. 199-222.
- GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; FONTOURA, M. H. A. A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde. *Revista Saúde Pública*, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 171-179, 1999.
- HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington: The World Bank, 1994.
- HENRIQUES, R. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Rio de Janeiro/Brasília: IPEA, 2001. (Texto para Discussão, n. 807). Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 01 jan. 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatística do registro civil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/presidencia/noticias>>. Acesso em: 01 jan. 2004.
- . *IBGE divulga indicadores sociais sobre a mulher*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/presidencia/noticias>>. Acesso em: 01 jan. 2004.
- . *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/presidencia/noticias>>. Acesso em: 01 jan. 2004.
- INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDOS RELIGIOSOS (ISER). *Indicadores de violência e acidentes no Rio de Janeiro*. Disponível em: <<http://www.iser.org.br>>. Acesso em: 30 dez. 2003.
- KRUG, E.G. et al. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- LEAL, M. L.; LEAL, M. F. *Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial*. Brasília: CECRIA, 2002.
- MARCHA MUNDIAL DE MULHERES. *A violência contra as mulheres*. [S.l.: s.n, 200-?]. Disponível: <<http://www.sof.org.br/marchamulheres>>. Acesso em: 19 set. 2004.
- MINAYO, M. C. S. Inequality, violence and ecology in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 241-250, 1994.
- MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.; SOUZA, E. R. *A eloquência do gesto final*. Rio de Janeiro: CLAVES, 2003a. Relatório de Pesquisa.
- MINAYO, M. C. S. et al. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamento no Brasil em 2000. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 109-129
- MUNIZ, J. Os direitos dos outros e outros direitos: um estudo sobre a negociação de conflitos nas DEAMs/RJ. In: SOARES, L. E. et al. *Violência e política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ISER, 1996. p. 125-164

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

PAULA, R. F. Fatores predisponentes para violência física contra esposas. *Neurobiologia*, [S.l.], v. 2, n. 58, p. 57-64, 1995.

PITANGUY, J. *A questão de gênero no Brasil*. Brasília: Banco Mundial, 2003.

PROGRAMA PARA TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAÚDE (PATH). *OutLook*, [S.l.], v.20, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.benfam.org.br>>. Acesso em: 03 jan. 2004.

REDES HUMANIZADAS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES AGREDIDAS SEXUALMENTE (RHAMAS). *Violência de gênero e saúde da mulher*. [S.l.: s.n., 200-?]. Disponível em: <<http://www.rhamas.org.br/violenciagen>>. Acesso em: 30 jan. 2003.

RIO DE JANEIRO (Governo). Secretaria de Estado de Segurança. *Violência sexual: diagnóstico preliminar*. Disponível em: <<http://www.novapolicia.rj.gov.br/SegurancaMulher>>. Acesso em: 20 jul. 2004.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência contra a mulher e violência doméstica. In: BRUSCHINI, C.; UNBERHAUM, S. G. (Org.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002. p. 321-338

SAFFIOTI, H.; ALMEIDA, S. S. *Violência de gênero, poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 3, n. 5, p. 11-26, 1999.

SCHRAIBER, L. B et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 470-47, 2002.

SOUZA, E. R. et al. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 83-107

SUÁREZ, M.; BANDEIRA, L. Introdução à violência, gênero e crime no Distrito Federal. In: ——. (Org.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Paralelo 15/ Editora Universidade de Brasília, 1999. p. 431-496

———. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania. In: BRUSCHINI, C.; UNBERHAUM, S. G. (Org.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002. p. 295-320

TAVARES, D. M. C. *Violência doméstica: uma questão de saúde pública*. 2000. Dissertação (Mestrado)—Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

WILSHIRE, D. Os usos do mito, da imagem e do corpo da mulher na re-imaginação do conhecimento. In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (Org.). *Gênero, corpo e conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1997. p. 35-42.

Anexo 4

Tabela 27. Morbidade feminina por causas externas. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Internações | % | Taxa | TMP | TMH | Custo médio |
|----------------|-------------|-------|------|------|------|-------------|
| Porto Velho | 367 | 0,75 | 2,19 | 6,5 | 2,18 | 348,05 |
| Rio Branco | 404 | 0,83 | 3,11 | 5,4 | 1,49 | 322,09 |
| Manaus | 1425 | 2,91 | 1,98 | 5,9 | 2,88 | 524,17 |
| Boa Vista | 47 | 0,10 | 0,47 | 10,5 | | 372,12 |
| Belém | 2538 | 5,19 | 3,77 | 3,2 | 1,38 | 424,45 |
| Macapá | 259 | 0,53 | 1,80 | 5,6 | 1,93 | 291,82 |
| Palmas | 396 | 0,81 | 5,77 | 2,9 | 0,76 | 371,93 |
| São Luís | 2416 | 4,94 | 5,21 | 3 | 1,08 | 247,1 |
| Teresina | 610 | 1,25 | 1,60 | 5,5 | 1,80 | 396,64 |
| Fortaleza | 2780 | 5,69 | 2,44 | 5,3 | 1,73 | 541,57 |
| Natal | 390 | 0,80 | 1,03 | 5,1 | 2,82 | 464,76 |
| João Pessoa | 725 | 1,48 | 2,28 | 5,9 | 4,28 | 498,22 |
| Recife | 1751 | 3,58 | 2,30 | 6,1 | 4,11 | 540,26 |
| Maceió | 960 | 1,96 | 2,28 | 4,1 | 4,17 | 497,29 |
| Aracaju | 811 | 1,66 | 3,30 | 4 | 1,97 | 501,77 |
| Salvador | 2400 | 4,91 | 1,86 | 4,8 | 3,00 | 583,38 |
| Belo Horizonte | 3333 | 6,82 | 2,82 | 5,2 | 2,94 | 605,26 |
| Vitória | 280 | 0,57 | 1,81 | 5,9 | 3,21 | 568,58 |
| Rio de Janeiro | 6242 | 12,77 | 2,01 | 11,1 | 4,73 | 780,7 |
| São Paulo | 9960 | 20,37 | 1,82 | 5,6 | 2,74 | 696,81 |
| Curitiba | 2538 | 5,19 | 3,07 | 4,1 | 1,97 | 679,25 |
| Florianópolis | 280 | 0,57 | 1,59 | 5,9 | 4,29 | 757,31 |
| Porto Alegre | 2240 | 4,58 | 3,09 | 6 | 2,99 | 584,08 |
| Campo Grande | 1237 | 2,53 | 3,63 | 5,7 | 2,75 | 593,77 |
| Cuiabá | 548 | 1,12 | 2,21 | 6,2 | 4,20 | 528,39 |
| Goiânia | 1591 | 3,25 | 2,78 | 4,4 | 1,95 | 540,74 |
| Brasília | 2362 | 4,83 | 2,21 | 7,9 | 2,54 | 502,76 |

Taxa de internação por mil habitantes.

TMP - Tempo Médio de Permanência.

TMH - Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

Tabela 28. Taxas de mortalidade feminina por causas externas. Capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Porto Velho | 40,25 | 41,19 | 36,26 | 32,90 | 14,59 | 42,05 | 24,62 | 33,41 | 30,28 | 39,30 |
| Rio Branco | 28,15 | 32,79 | 34,44 | 55,58 | 32,12 | 33,45 | 35,12 | 24,34 | 17,40 | 26,19 |
| Manaus | 25,12 | 25,20 | 24,65 | 27,27 | 29,79 | 25,02 | 25,40 | 28,10 | 20,75 | 20,54 |
| Boa Vista | 36,10 | 28,86 | 25,77 | 38,96 | 27,44 | 53,63 | 32,84 | 33,24 | 50,41 | 36,91 |
| Belém | 23,84 | 25,71 | 16,13 | 17,48 | 14,73 | 25,53 | 26,66 | 24,09 | 19,82 | 14,58 |
| Macapá | 37,38 | 25,51 | 47,41 | 39,66 | 31,31 | 44,65 | 30,36 | 31,41 | 31,59 | 16,67 |
| Palmas | 8,85 | 29,53 | 9,05 | 48,76 | 65,42 | 21,24 | 12,26 | 14,69 | 25,00 | 30,60 |
| São Luís | 28,76 | 16,30 | 19,27 | 18,75 | 22,69 | 23,18 | 23,27 | 20,72 | 19,38 | 18,98 |
| Teresina | 14,02 | 16,86 | 21,40 | 16,79 | 21,15 | 18,88 | 13,75 | 19,58 | 14,09 | 18,94 |
| Fortaleza | 22,66 | 17,49 | 21,90 | 20,93 | 21,86 | 24,76 | 20,89 | 16,36 | 19,97 | 18,43 |
| Natal | 24,66 | 23,11 | 21,08 | 22,76 | 26,11 | 24,34 | 22,77 | 16,89 | 19,09 | 22,49 |
| João Pessoa | 20,94 | 20,20 | 20,86 | 23,81 | 31,55 | 25,53 | 15,63 | 12,40 | 16,65 | 13,50 |
| Recife | 37,57 | 30,89 | 38,66 | 28,69 | 32,72 | 34,17 | 28,50 | 31,98 | 24,96 | 28,51 |
| Maceió | 36,67 | 35,11 | 33,39 | 26,75 | 30,19 | 29,51 | 19,47 | 24,39 | 20,89 | 19,47 |
| Aracaju | 22,91 | 56,84 | 28,16 | 40,41 | 34,99 | 25,02 | 24,22 | 27,76 | 26,58 | 23,20 |
| Salvador | 22,86 | 27,08 | 24,52 | 27,75 | 24,06 | 25,08 | 26,30 | 24,15 | 24,25 | 21,35 |
| Belo Horizonte | 31,67 | 31,75 | 31,88 | 31,61 | 30,73 | 34,22 | 34,11 | 34,23 | 30,53 | 25,14 |
| Vitória | 42,45 | 38,60 | 41,78 | 37,62 | 45,26 | 46,32 | 39,64 | 39,42 | 30,10 | 24,62 |
| Rio de Janeiro | 34,75 | 32,14 | 37,20 | 38,43 | 36,56 | 43,40 | 38,01 | 37,20 | 33,12 | 32,12 |
| São Paulo | 30,22 | 25,98 | 28,27 | 27,74 | 31,24 | 31,86 | 30,03 | 26,81 | 27,22 | 25,08 |
| Curitiba | 38,37 | 34,56 | 43,59 | 38,11 | 32,99 | 37,04 | 34,53 | 25,33 | 26,37 | 26,26 |
| Florianópolis | 22,00 | 29,26 | 37,02 | 34,33 | 32,43 | 32,18 | 40,17 | 29,94 | 26,84 | 38,50 |
| Porto Alegre | 34,73 | 30,16 | 26,07 | 31,57 | 34,24 | 32,80 | 29,82 | 29,07 | 23,45 | 23,87 |
| Campo Grande | 28,69 | 37,04 | 30,13 | 37,45 | 40,53 | 41,72 | 36,36 | 21,90 | 25,89 | 24,93 |
| Cuiabá | 34,25 | 25,55 | 28,50 | 23,25 | 30,24 | 36,64 | 32,45 | 31,98 | 30,24 | 27,85 |
| Goiânia | 31,77 | 31,27 | 35,99 | 37,96 | 43,76 | 32,25 | 31,08 | 27,44 | 30,64 | 22,73 |
| Brasília | 35,55 | 33,16 | 35,29 | 36,53 | 38,62 | 36,71 | 28,87 | 27,88 | 27,32 | 23,09 |

Tabela 29. Mortalidade feminina por causas externas, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 0-4 | 1374 | 1417 | 1469 | 1422 | 1543 | 1596 | 1504 | 1397 | 1400 | 1337 |
| 5-14 | 1812 | 1636 | 1887 | 2005 | 2007 | 2015 | 1768 | 1711 | 1574 | 1656 |
| 15-29 | 4904 | 4502 | 4799 | 5208 | 5421 | 5735 | 5209 | 5236 | 4860 | 4883 |
| 30-44 | 3514 | 3407 | 3608 | 3737 | 4147 | 4399 | 4202 | 3884 | 3838 | 3789 |
| 45-59 | 2159 | 2190 | 2220 | 2277 | 2457 | 2635 | 2586 | 2412 | 2363 | 2393 |
| 60+ | 3665 | 3581 | 4090 | 3980 | 4053 | 4297 | 4363 | 4415 | 4424 | 4552 |
| Total | 17428 | 16733 | 18073 | 18629 | 19628 | 20677 | 19632 | 19055 | 18459 | 18610 |

Tabela 30. Taxas de mortalidade feminina por causas externas, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 0-4 | 16,88 | 17,84 | 17,54 | 16,74 | 17,91 | 20,76 | 19,23 | 17,62 | 17,41 | 16,61 |
| 5-14 | 10,63 | 9,72 | 10,76 | 11,27 | 11,13 | 12,03 | 10,39 | 9,92 | 9,00 | 9,91 |
| 15-29 | 23,49 | 21,36 | 22,32 | 23,88 | 24,53 | 25,83 | 23,07 | 22,87 | 20,93 | 20,30 |
| 30-44 | 24,24 | 22,63 | 24,17 | 24,69 | 27,03 | 26,37 | 24,77 | 22,59 | 22,02 | 20,59 |
| 45-59 | 27,01 | 26,21 | 27,03 | 27,34 | 29,12 | 28,17 | 27,24 | 25,10 | 24,29 | 21,73 |
| 60+ | 63,28 | 59,16 | 68,81 | 66,06 | 66,42 | 63,73 | 63,86 | 63,90 | 63,34 | 56,88 |
| Total | 23,44 | 22,22 | 23,63 | 24,01 | 24,96 | 26,04 | 24,32 | 23,30 | 22,27 | 21,58 |

Tabela 31. Mortalidade feminina por homicídios, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0-4 | 61 | 72 | 65 | 57 | 81 | 87 | 72 | 75 | 78 | 74 |
| 5-14 | 140 | 119 | 127 | 158 | 175 | 198 | 181 | 180 | 173 | 202 |
| 15-29 | 1200 | 1011 | 1104 | 1203 | 1420 | 1577 | 1525 | 1564 | 1556 | 1643 |
| 30-44 | 782 | 720 | 808 | 875 | 1042 | 1128 | 1080 | 1031 | 1086 | 1138 |
| 45-59 | 274 | 251 | 252 | 261 | 295 | 356 | 392 | 336 | 355 | 407 |
| 60+ | 153 | 134 | 166 | 167 | 169 | 174 | 198 | 159 | 185 | 197 |
| Total | 2610 | 2307 | 2522 | 2721 | 3182 | 3520 | 3448 | 3345 | 3433 | 3661 |

Tabela 32. Taxas de mortalidade feminina por homicídios, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0-4 | 0,75 | 0,91 | 0,78 | 0,67 | 0,94 | 1,13 | 0,92 | 0,95 | 0,97 | 0,92 |
| 5-14 | 0,82 | 0,71 | 0,72 | 0,89 | 0,97 | 1,18 | 1,06 | 1,04 | 0,99 | 1,21 |
| 15-29 | 5,75 | 4,80 | 5,14 | 5,52 | 6,42 | 7,10 | 6,75 | 6,83 | 6,70 | 6,83 |
| 30-44 | 5,39 | 4,78 | 5,41 | 5,78 | 6,79 | 6,76 | 6,37 | 6,00 | 6,23 | 6,18 |
| 45-59 | 3,43 | 3,00 | 3,07 | 3,13 | 3,50 | 3,81 | 4,13 | 3,50 | 3,65 | 3,70 |
| 60+ | 2,64 | 2,21 | 2,79 | 2,77 | 2,77 | 2,58 | 2,90 | 2,30 | 2,65 | 2,46 |
| Total | 3,51 | 3,06 | 3,30 | 3,51 | 4,05 | 4,43 | 4,27 | 4,09 | 4,14 | 4,25 |

Tabela 33. Mortalidade feminina por suicídio, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0-4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 5-14 | 35 | 36 | 31 | 46 | 36 | 50 | 54 | 47 | 37 | 42 |
| 15-29 | 440 | 423 | 464 | 526 | 491 | 500 | 460 | 528 | 405 | 492 |
| 30-44 | 305 | 354 | 335 | 343 | 427 | 405 | 439 | 413 | 380 | 394 |
| 45-59 | 204 | 221 | 198 | 228 | 256 | 254 | 283 | 278 | 244 | 269 |
| 60+ | 208 | 142 | 158 | 148 | 189 | 187 | 178 | 179 | 159 | 182 |
| Total | 1192 | 1176 | 1186 | 1291 | 1399 | 1397 | 1414 | 1445 | 1226 | 1379 |

Tabela 34. Taxas de mortalidade feminina por suicídio, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0-4 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 0,00 |
| 5-14 | 0,21 | 0,21 | 0,18 | 0,26 | 0,20 | 0,30 | 0,32 | 0,27 | 0,21 | 0,25 |
| 15-29 | 2,11 | 2,01 | 2,16 | 2,41 | 2,22 | 2,25 | 2,04 | 2,31 | 1,74 | 2,05 |
| 30-44 | 2,10 | 2,35 | 2,24 | 2,27 | 2,78 | 2,43 | 2,59 | 2,40 | 2,18 | 2,14 |
| 45-59 | 2,55 | 2,64 | 2,41 | 2,74 | 3,03 | 2,72 | 2,98 | 2,89 | 2,51 | 2,44 |
| 60+ | 3,59 | 2,35 | 2,66 | 2,46 | 3,10 | 2,77 | 2,61 | 2,59 | 2,28 | 2,27 |
| Total | 1,60 | 1,56 | 1,55 | 1,66 | 1,78 | 1,76 | 1,75 | 1,77 | 1,48 | 1,60 |

Tabela 35. Mortalidade feminina por acidente de transporte, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0-4 | 336 | 341 | 327 | 315 | 363 | 366 | 384 | 317 | 337 | 250 |
| 5-14 | 898 | 735 | 880 | 880 | 969 | 966 | 808 | 717 | 664 | 674 |
| 15-29 | 1780 | 1658 | 1772 | 1969 | 2001 | 2202 | 2014 | 1826 | 1661 | 1616 |
| 30-44 | 1229 | 1186 | 1234 | 1377 | 1443 | 1611 | 1552 | 1283 | 1263 | 1247 |
| 45-59 | 885 | 859 | 879 | 949 | 1051 | 1110 | 1070 | 956 | 936 | 832 |
| 60+ | 1043 | 969 | 1019 | 1023 | 1210 | 1286 | 1313 | 1170 | 1100 | 1048 |
| Total | 6171 | 5748 | 6111 | 6513 | 7037 | 7541 | 7141 | 6269 | 5961 | 5667 |

Tabela 36. Taxas de mortalidade feminina por acidente de transporte, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0-4 | 4,13 | 4,29 | 3,90 | 3,71 | 4,21 | 4,76 | 4,91 | 4,00 | 4,19 | 3,11 |
| 5-14 | 5,27 | 4,37 | 5,02 | 4,95 | 5,37 | 5,77 | 4,75 | 4,16 | 3,80 | 4,03 |
| 15-29 | 8,53 | 7,87 | 8,24 | 9,03 | 9,05 | 9,92 | 8,92 | 7,97 | 7,15 | 6,72 |
| 30-44 | 8,48 | 7,88 | 8,27 | 9,10 | 9,41 | 9,66 | 9,15 | 7,46 | 7,25 | 6,78 |
| 45-59 | 11,07 | 10,28 | 10,70 | 11,40 | 12,46 | 11,87 | 11,27 | 9,95 | 9,62 | 7,56 |
| 60+ | 18,01 | 16,01 | 17,14 | 16,98 | 19,83 | 19,07 | 19,22 | 16,93 | 15,75 | 13,10 |
| Total | 8,30 | 7,63 | 7,99 | 8,40 | 8,95 | 9,50 | 8,85 | 7,66 | 7,19 | 6,57 |

Maria
Cecília
de Souza
Minayo

Edinilsa
Ramos
de Souza

Violência contra idosos

é possível prevenir

Introdução

A violência contra o idoso faz parte da violência social, ou seja, no Brasil e no mundo, ela se expressa nas formas como a sociedade organiza suas relações de classe, de gênero, de etnias e de grupos etários e de como o poder é exercido nas esferas macro e micropolíticas e institucionais. Nesse caso concreto, as relações no interior da instituição familiar têm relevância peculiar.

Este texto pretende contribuir para a compreensão da situação de violência que boa parte dos idosos brasileiros vivencia. Ele se organiza em dois sentidos: apresenta uma análise exploratória sobre os dados de morbidade e de mortalidade por violência desse grupo populacional e discute a dimensão do problema de forma compreensiva, a partir de várias fontes de denúncia e de estudos nacionais cotejados com a bibliografia internacional. Busca enfatizar uma visão ampliada das principais questões consideradas universais e especificar o que ocorre na realidade nacional.

Tendo em vista as diferentes interpretações sobre o ponto de corte relativo a quando se começa a ser velho e entendendo esse limite como uma decisão arbitrária, neste texto, considera-se como idosa a população brasileira de 60 anos ou mais. Esse parâmetro é bastante usado internacionalmente, sobretudo para estudos epidemiológicos. As violências contra pessoas mais velhas aqui serão vistas sob três aspectos: demográficos, socioantropológicos e epidemiológicos.

Do ponto de vista demográfico, deve-se situar o recente interesse sobre o tema vinculado ao acelerado crescimento nas proporções de idosos em quase todos os países do mundo. Esse fenômeno quantitativo coloca vários dilemas para todas as sociedades e seus governos, dentre eles, a necessidade de reconfiguração dos ciclos de vida e de seus respectivos papéis, hoje bastante estereotipados e das políticas sociais que lhes dizem respeito. Embora mudanças sociais ocorram com muita lentidão, o fenômeno do aumento da expectativa de vida em todo o mundo e a presença indiscutível dos idosos nos mais diferentes espaços sociais repercutem nas suas formas de interação com os outros grupos etários e nas expressões de suas necessidades (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

O caso brasileiro é paradigmático: dobrou-se o nível de esperança de vida ao nascer da população em relativamente poucas décadas, numa velocidade muito maior que a dos países europeus, os quais levaram cerca de 140 anos para envelhecer. De 1991 a 2000, a população brasileira com mais de 60 anos aumentou duas vezes e meia (35%) do que a população mais jovem (14%). Em termos absolutos isso significa um incremento de 3,8 milhões de idosos num período de dez anos (LIMA-COSTA et al, 2002). Em 2000, essa população representava 9% do total dos habitantes do País, correspondendo a 14 milhões de habitantes. Pelo menos, uma pessoa idosa se encontra hoje em 26% dos lares brasileiros. A grande diferença do Brasil em relação à realidade européia, por exemplo, é que lá o incremento maior ocorre na população acima de 80 anos, enquanto aqui a que mais cresce está na faixa de 60 a 69 anos.

Internacionalmente e também no Brasil, a população idosa não é homogênea nem do ponto de vista da distribuição de renda e nem por faixas etárias. As heterogeneidades internas ao grupo significam riscos diferenciados de vitimização pela violência. No País, apenas 25% das pessoas acima de 60 anos ganham três salários mínimos ou mais. Isso evidencia que cerca de 75% é pobre, existindo uma boa parcela na faixa de miserabilidade, necessitando, portanto, de assistência dos serviços públicos. Em relação à idade, o grupo dos que têm de 60 a 69 configura o que tradicionalmente se denomina terceira idade: nele há menos pessoas física e mentalmente dependentes, maior número delas ainda possui capacidade e atividade laboral e, geralmente, é desse segmento até 75 anos que surgem as denúncias de maus-tratos e violências, uma vez que dispõe de mais autonomia e condições de buscar ajuda. Acima dessa faixa, os velhos sentem muito mais dificuldade de reagir a agressões físicas, econômicas e psicológicas. O segmento dos idosos de 70 a 80 anos atualmente configura a chamada quarta idade e, freqüentemente, se usa a classificação quinta idade para a população acima de 80 anos (PEIXOTO, 2000). O crescimento do grupo da quarta e da quinta idades, uma realidade presente, exige uma preparação adequada do País para atender com maior especificidade suas necessidades de saúde e de assistência, assim como atenção específica para a prevenção das várias formas de violência.

Antropológica e culturalmente a violência contra os idosos é uma questão pautada pela modernidade (assim como a violência social em geral), quando os direitos individuais, sociais e de segmentos específicos passam a compor as exigências da cidadania e os códigos legais. É a partir desse momento histórico que, no Brasil e em toda a sociedade ocidental, a idade cronológica em suas diferentes etapas é ressignificada como um princípio norteador de novos direitos e deveres. Isso quer dizer que a infância, a adolescência, a vida adulta e a velhice nunca constituíram apenas propriedades biológicas. Pelo contrário, o processo biológico, que é real e pode ser reconhecido por sinais externos do corpo, é apropriado e elaborado simbolicamente por todas as sociedades, em rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social (MINAYO, COIMBRA JÚNIOR., 2002, p.14).

Geralmente, nos diferentes contextos históricos, há uma atribuição de poderes para cada ciclo da vida e, em quase todas as sociedades, se observa um “desinvestimento” político e social na pessoa do idoso. A maioria das culturas tende a separar os velhos e a segregá-los e, real ou simbolicamente, a desejar sua morte. Portanto, não é verdadeira a crença, freqüentemente veiculada, de que os antigos tratavam de forma melhor seus idosos, cultuando sua presença na comunidade. Isso pode ter ocorrido em alguma cultura específica, assim como hoje acontece também. Porém, essa idéia de um passado idílico não encontra respaldo em nenhum estudo científico comparativo. Uma pesquisa antropológica realizada por Riffiotis (2000) sobre diferentes etnias africanas mostra como, nessas tribos onde impera uma rígida divisão de funções etárias, a intenção de aniquilamento político dos velhos é ritualizada. Numa determinada fase da vida, os velhos são levados para morrer em cavernas distantes dos seus povoados.

Nas sociedades ocidentais, o desejo social de morte dos idosos se expressa, sobretudo, nos conflitos intergeracionais, nas várias formas de violência física e emocional e nas negligências de cuidados. As manifestações culturais e simbólicas desse desejo de se liberar dos mais velhos se diferenciam no tempo, por classes, por etnias e por gênero. No caso brasileiro, os maus-tratos e abusos são os mais variados. Cometidos em grande

maioria pelas famílias, eles vão desde os castigos em cárcere privado, abandono material, apropriação indébita de bens, pertences e objetos, sobretudo das suas próprias residências, coações, ameaças e mortes. Das instituições públicas e privadas de proteção e da sociedade em geral, os idosos se queixam de maus-tratos, desrespeito e negligências. Muitos abusos sobre esse segmento da população, hoje no País, são agravados pela situação de desemprego, levando a que o grupo familiar se apodere dos poucos benefícios de sua aposentadoria, relegando o idoso a uma vida de pobreza, de dependência ou de internação em asilos para indigentes. Nos asilos, freqüentemente eles padecem de isolamento social, problemas de saúde não atendidos e de desnutrição (GUERRA et al, 2000).

Os estudos do passado e do presente mostram, no entanto, que, ao perceberem que seu destino será a morte (RIFFIOTTIS, 2000) ou o ostracismo, os velhos não se conformam, buscando restabelecer seu lugar na divisão de poder e de prestígio social. Tais expectativas se explicitam de forma universal como revela o clássico estudo do antropólogo Leo Simmons (1945). Esse autor fez uma vasta pesquisa com velhos em 71 sociedades indígenas, buscando levantar o que esperavam, em sua velhice, das suas tribos de origem. Tal investigação, ainda não replicada, mostra que em todos os grupos pesquisados, os seguintes desejos foram encontrados: viver o máximo possível; terminar a vida de forma digna e sem sofrimento; encontrar ajuda e proteção para a sua progressiva diminuição de capacidades; continuar a participar das decisões da comunidade; prolongar ao máximo, conquistas e prerrogativas sociais, como propriedades, autoridade e respeito.

Hoje, em todo o mundo e também no Brasil, os idosos continuam a mostrar seus anseios de viver saudavelmente, de contribuir com a sociedade, de participar ativamente nas esferas políticas, econômicas, culturais e de defender seus direitos, exigindo reconhecimento, proteção e espaço de atuação (UCHOA et al, 2002; MOTTA, 2002; BARROS, 2000; MINAYO, COIMBRA JÚNIOR, 2002, 2002a; MINAYO, SOUZA, 2003). Apesar de ainda insuficientes para expressar suas demandas, movimentos de aposentados e de terceira idade estão se organizando, dando visibilidade aos problemas que lhes dizem respeito e buscando espaço de protagonismo, ação e atenção. Esse fenômeno de mobilização sinaliza para a sociedade brasileira que os idosos não querem ser apenas objeto de políticas, querem poder pensar, dizer o que pensam, ter seus direitos respeitados e contribuir com a força de sua experiência e de sua sabedoria acumulada.

Do ponto de vista epidemiológico, a violência contra os idosos é um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. A vitimização dos velhos, no entanto, é um fenômeno cultural de raízes seculares e suas manifestações, facilmente reconhecidas, desde as mais antigas estatísticas epidemiológicas. Nesse momento histórico, a quantidade crescente de idosos oferece um clima de publicização e de politização das informações sobre maus-tratos e abusos de que são vítimas, tornando-as um tema obrigatório da pauta de questões sociais, como já foi comentado. Pela primeira vez, em 1975, esse problema foi descrito em revistas científicas britânicas como “espancamento de avós” (BAKER, 1975). No Brasil, a questão começou a ganhar visibilidade na década de 90 (MACHADO et al 1997, 2001; MACHADO, 2002; SOUZA et al, 1998; MENEZES, 1999; SOUZA et al, 2002; MINAYO, SOUZA, 2003), bem depois que a preocupação com a qualidade de vida dos idosos entrou na agenda da saúde pública brasileira (VERAS, 1994). Essa contextualização é fundamental por vários motivos, dentre os quais, para relativizar a crença de que os abusos e os maus-tratos estão

umentando. Tal idéia, freqüentemente transmitida pela mídia e reproduzida pelo senso comum, não encontra respaldo, pois não há dados consolidados que permitam fazer séries históricas e produzir comparações. As tentativas de sistematização, realizadas nos últimos anos permitem apenas apontar algumas tendências, assim mesmo nos casos de morte e das lesões e traumas que exigiram internações. Por isso, ainda que as informações quantitativas e circunstanciadas aumentem muito, a partir de agora, por causa da obrigatoriedade da notificação de maus-tratos prevista a partir do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), recentemente aprovado, o que se poderá comprovar é que a magnitude de tal fenômeno é muito mais extensa do que se previa.

A epidemiologia evidencia os indicadores com os quais o sistema de saúde mede a magnitude das violências que ocorrem no cotidiano da vida privada, no espaço público e no interior das instituições e que se transformam em informações quantificáveis. Ou seja, sua reflexão parte dos resultantes da violência que provocam lesões, traumas e mortes e que chegam a ser notificadas pelo sistema de saúde. Seus limites são dados por vários fatores: a vontade ou a consciência de tornar públicos os abusos e maus-tratos de forma que sejam relatados às autoridades de saúde ou de segurança pelas vítimas, pelos agressores ou por terceiros e, também, a capacidade e a sensibilidade dos operadores de notificação e de cuidados para notificarem a causas básicas dos traumas, lesões e mortes e não apenas os sinais visíveis da vitimização. Por depender dessas circunstâncias cruciais, as informações epidemiológicas precisam ser sempre relativizadas, sobretudo quando se referem à magnitude do problema.

Nos estudos epidemiológicos, o conceito no qual as violências se incluem é causas externas. No entanto, as duas expressões não se equivalem. Causas externas é uma categoria estabelecida pela Organização Mundial da Saúde para se referir às resultantes das agressões e dos acidentes, dos traumas e das lesões. Violência é uma noção referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais. As violências contra idosos são, também, denominadas maus-tratos e abusos. Neste texto, os três termos serão usados dentro do mesmo sentido, embora vários estudos procedam a distinções relativas a cada um deles. Esse conjunto de expressões se refere a abusos físicos, psicológicos e sexuais; a abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligências.

1. Definição de termos

Assim como em muitos países do mundo, no caso brasileiro, as violências contra a geração idosa se configuram a partir de uma forma de tratá-la e representá-la, cujo sentido se pode resumir nos termos descartável e peso social. Essa discriminação tem vários focos de expressão e de reprodução.

A natureza da violência que sofre a população idosa coincide com a violência social que a sociedade brasileira vivencia e produz nas suas relações e introjeta na sua cultura. Ela se manifesta como:

- (a) **violência estrutural**, aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação;
- (b) **violência interpessoal** nas formas de comunicação e de interação cotidianas e
- (c) na **violência institucional**, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação. Na cotidianeidade, as marcas estruturais são a base naturalizada de atualização das várias formas de violência que se expressam entre e intra-classes e segmentos sociais. Nas instituições, as burocracias que se investem da cultura do poder sob a forma da impessoalidade, reproduzem e atualizam, nos atos e nas relações, as discriminações e os estereótipos que mantêm a violência. No caso dos idosos, dificilmente se observa a **violência da resistência** por parte deles, muito freqüente em grupos dependentes e dominados. Existem idosos violentos e nas delegacias especializadas para atendê-los há também queixas e denúncias contra eles. Porém suas reações em muito menor proporção do que os agravos que sofrem, se devem à sua fragilidade frente ao poder dos adultos que comandam a sociedade. Trata-se da mesma fragilidade que os torna particularmente mais pobres e miseráveis entre os pobres e miseráveis e vítimas de abusos físicos, psicológicos e negligências.

Internacionalmente e no Brasil, algumas categorias, que se mencionam a seguir, têm sido usadas para classificar os diferentes tipos de violência, dos quais os idosos são vítimas.

- **Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física** são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
- **Abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos** correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
- **Abuso sexual e violência sexual** são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas visando a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
- **Abandono** é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.
- **Negligência** se refere à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no País. Ela se manifesta, freqüentemente, associada a outras formas de violência que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para a pessoa idosa, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.
- **Abuso financeiro e econômico** consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.
- **Autonegligência** diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.

A classificação e a conceituação aqui descritas estão oficializadas no documento de Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001).

2. Mortalidade e morbidade de idosos por causas violentas no Brasil

Os dados quantitativos sobre a mortalidade e a morbidade da população idosa brasileira, aqui referidos¹, dizem respeito ao período de 1991 a 2000 e tiveram como fonte os bancos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (no caso dos óbitos) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) a partir da Autorização de Internação Hospitalar (no caso da morbidade). A causa básica das mortes foi avaliada segundo a 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 9), para o período de 1991 até 1995; e de acordo com a 10ª revisão, a partir de então. Na 9ª, o grupo das chamadas causas externas abrange os códigos E-800 a E-900 do capítulo suplementar; e na, 10ª, são categorizadas nos códigos V-01 a Y-98, comportando os homicídios, os suicídios e os óbitos por acidentes em geral. A morbidade está classificada no capítulo XIX da CID 10, referindo-se a lesões por violências, acidentes e envenenamentos. Os dados a seguir apresentados abrangem o País e as capitais brasileiras e estão classificados por sexo e faixa etária.

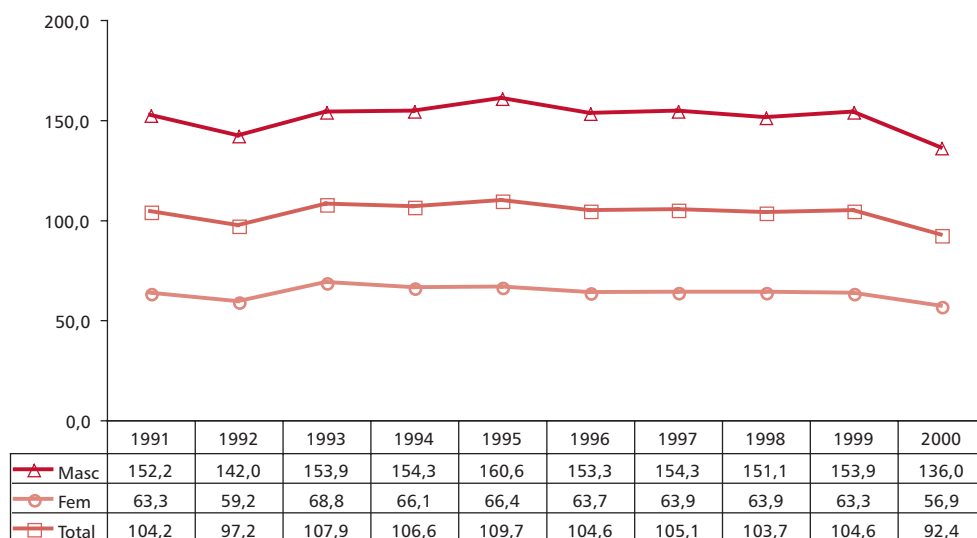
Dentre as principais causas de óbito de idosos no Brasil, no período de 1991 a 1998, as violências e os acidentes representaram 3,5% da mortalidade geral, ocupando, nesse conjunto, o sexto lugar. Os dados indicam tendência de queda desse tipo de óbito desde então. Já, em 1998, significaram 3,2% (MINAYO, SOUZA, 2003) e, em 2000, 2,8%, ocupando o sexto lugar na mortalidade geral nas faixas etárias que correspondem a 60 anos ou mais. No conjunto dos óbitos, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as enfermidades respiratórias, as digestivas e as endócrinas ocupam os cinco primeiros lugares. Em 2000, morreram 13.436 idosos, dos quais 8.884 (66,12%) homens e 4.552 (33,87%) mulheres, por acidentes e violências no País, significando, por dia, cerca de 37 óbitos.

As taxas de mortalidade por acidentes e violências que vitimaram os idosos caíram de 104,2 por cem mil, em 1991, para 92,4 por cem mil, em 2000. Nesse último ano, corresponderam a 136 por cem mil óbitos de homens e 56,9 por cem mil de mulheres, confirmando um padrão brasileiro e internacional que evidencia maior risco de mortalidade por causas violentas para as pessoas do sexo masculino também na velhice. Os fatores considerados acidentais são os que mais têm pesado no conjunto da mortalidade por causas externas, embora também apresentem tendência a diminuir. Os acidentes de transportes e as quedas, em 1991, somavam 54,6% e, em 2000, 39,40% de todas as mortes.

¹ Os dados de morbimortalidade apresentados no texto foram construídos pelo estatístico é mes-trando em Estudos Populacionais e Pesquisa Social da ENCE/IBGE, Cláudio Felipe Ribeiro da Silva. Ele elaborou o banco de dados que deu suporte ao presente capítulo, realizando os recortes necessários nos bancos do SIM e AHI, do Datasus, construindo as frequências e cruzamentos necessários à análise apresentada.

Gráfico 1.

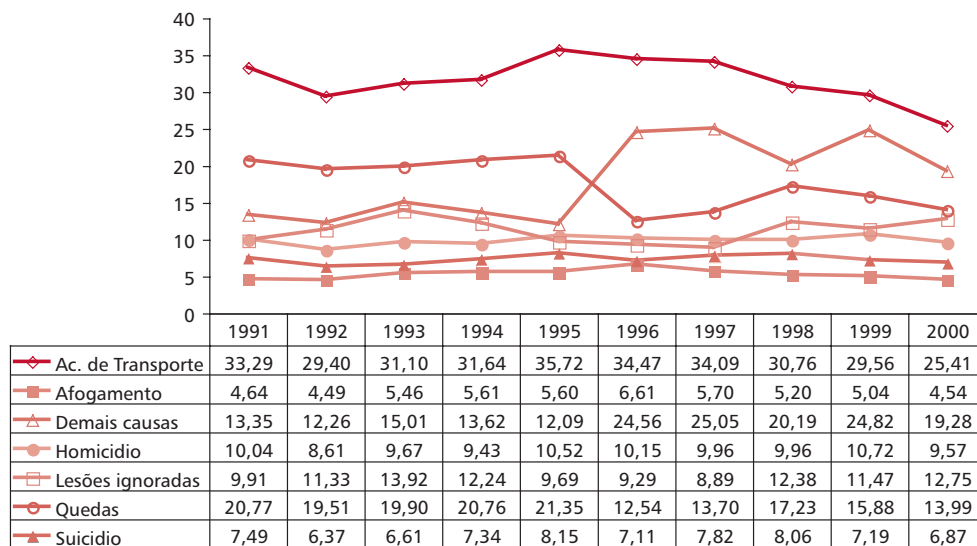
Taxas de mortalidade por causas externas em idosos segundo sexo. Brasil, 1991 a 2000



FONTE: SIM/Datasus

Gráfico 2.

Taxas de mortalidade por causas externas específicas em idosos. Brasil, 1991 a 2000



FONTE: SIM/Datasus

Essas duas causas fazem um ponto de confluência entre violências e acidentes, pois as quedas que ocorrem e vitimam pessoas idosas podem ser atribuídas a vários fatores: fragilidade física, uso de medicamentos que podem provocar algum tipo de alteração no equilíbrio, na visão ou presença de enfermidades como osteoporose. Mas, costumam também estar associadas à omissão e negligência dos que deveriam prestar assistência ou da comunidade em que vivem. Nas residências, onde a maioria dos idosos sofre quedas, freqüentemente, não há, por parte das famílias, o cuidado de colocar dispositivos em banheiros, nos pisos e ao lado do leito, ou a preocupação de melhorar a iluminação desses ambientes, por exemplo, o que poderia evitar ou reduzir boa parte das ocorrências. Nas instituições para idosos, eles são, também, vítimas de negligência, no mesmo sentido. E, nas ruas, sobretudo nas travessias, seus passos mais lentos e suas dificuldades de responder com prontidão aos sinais são freqüentes causas de atropelamentos e quedas quando não há compreensão e respeito de motoristas e transeuntes em relação às limitações que sofrem e ao apoio que lhes poderia ser oferecido.

No trânsito, os idosos no Brasil passam por uma combinação de desvantagens: dificuldades de movimentos, próprias da idade, se somam a muita falta de respeito e mesmo a violências impingidas por motoristas. Uma das grandes queixas dos idosos se refere às longas esperas nos pontos de ônibus e aos arranques desferidos por motoristas que não os esperam acomodarem-se em assentos. Estudo qualitativo realizado por Machado (2002) mostra que uma das formas de violência social e relacional da qual as pessoas mais velhas mais se ressentem no Rio de Janeiro é a forma como são tratadas nas travessias e nos transportes públicos, tornando o privilégio da gratuidade do passe, a que têm direito por lei nos meios de transporte, em humilhação e discriminação. Portanto, as mortes, as lesões e os traumas provocados pelos meios de transporte e pelas quedas, dificilmente podem ser atribuídos apenas a causas acidentais. Pelo contrário, precisam ser incluídos em qualquer política pública que busque superar as violências cometidas contra idosos.

Há algumas diferenciações importantes por frações de idade e por sexo na vitimização por **acidentes de transporte**. Por exemplo, em 2000, no grupo de 60 a 69 anos morreram mais mulheres (37,2%) que homens (31,8%). A partir dos 70 anos, o quadro se inverte. Os homens de 70 a 79 anos correspondem a 31% e as mulheres, a 27,1%. A partir de 80 e mais anos, 22,3% dos óbitos foram de homens e 9,8% de mulheres.

Nas mortes por quedas, as mulheres sempre ficam em desvantagem e os riscos crescem com a idade: foram 8,9% das mortes por causas externas, em 2000, para o grupo de 60 a 69 anos e 33,6%, para as mulheres com 80 anos ou mais.

Além dos **acidentes de transporte e as quedas, os homicídios** têm alta significância na vitimização dos idosos. Essas três causas específicas juntas representaram 62,30% do total dos óbitos dos homens idosos e 69% das mortes de mulheres idosas, por causas externas, em 1991, e 54,84% e 49,30%, respectivamente, em 2000. Embora continuando elevada, a diminuição dos percentuais devidos a esses três fatores no total das mortes por violências e acidentes em idosos no ano de 2000 se pode atribuir à piora na qualidade das informações quando comparadas às de 1991: aumentaram as mortes classificadas como demais causas de 14,5% para 20,19% e as **lesões ignoradas** de 9,1% para 12,38% do início para o final da década.

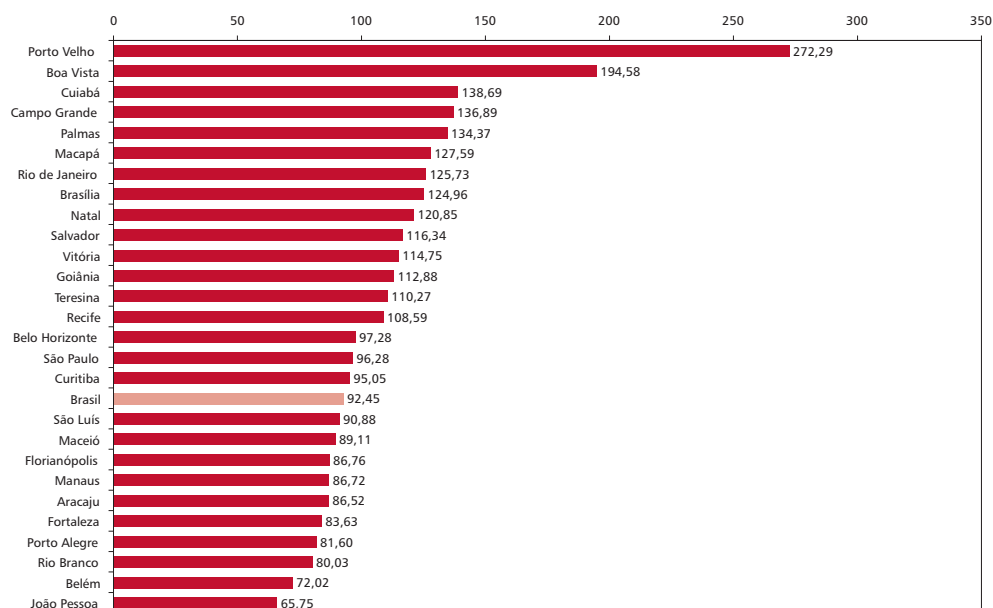
A ocorrência de **vitimização por homicídios** em idosos segue o padrão brasileiro dos outros grupos etários, quando observado a partir da perspectiva de gênero, morrem mais homens que mulheres. Há também diferenciações por estratos de idade: 18,0 por cem mil homens para 7,0 por cem mil mulheres na faixa de 60 a 69 anos. No ano 2000, nas faixas de 70 a 79, as taxas foram 10,2 por cem mil homens e 4,9 por cem mil mulheres e, respectivamente, nos grupos de 80 anos ou mais, 6,2 por cem mil e 2,0 por cem mil.

Também são elevadas as taxas de **suicídio** de idosos, muito mais significativas do que a média para a população brasileira. Enquanto para o Brasil em todas as idades as taxas foram de 3,5 por cem mil em 1991 e de 4,00 por cem mil em 2000, para o grupo acima de 60 anos, elas sobem para 7,49 por cem mil em 1991 e 6,87 por cem mil em 2000. Como nos homicídios, os homens se suicidam mais, embora haja diferenciações de comportamento nos estratos etários. No conjunto das causas externas em 2000, as proporções dos suicídios foram de 9,7% para homens e 7,6% para mulheres nos estratos de 60 a 69 anos; de 10,0% para 4,5%, respectivamente, no grupo de 70 a 79 anos e de 6,4% para 1,0% na faixa de 80 anos e mais.

Analisando-se de forma desagregada por capitais brasileiras, as dez, nas quais foram mais elevadas as taxas de mortes violentas de idosos no ano 2000, foram, pela ordem: Porto Velho com 272,29 por cem mil habitantes; Boa Vista, 194,58 por cem mil; Cuiabá, 138,69 por cem mil; Campo Grande, 136,89 por cem mil; Palmas, 134,37 por cem mil; Macapá, 127,79 por cem mil; Rio de Janeiro, 125,73 por cem mil; Brasília, 124,96 por cem mil; Natal, 120,85 por cem mil; Salvador, 116,34 por cem mil. Dentre as dez menos violentas, no mesmo ano, ficaram João Pessoa, com 65,75 mortes por cem mil habitantes; Belém, com 72,02 por cem mil; Rio Branco, com 80,03 por cem mil; Porto Alegre, com 81,60 por cem mil; Aracajú, com 86,52 por cem mil; Manaus, com 86,72 por cem mil; Florianópolis, 86,76 por cem mil; Maceió, com 89,11 por cem mil; São Luís, com 90,88 por cem mil; Curitiba, com 95,05 por cem mil. As outras capitais estão em posição intermediária.

Gráfico 3.

Taxas de mortalidade por causas externas em idosos. Capitais Brasileiras, 2000



FONTE: SIM/Datasus

Algumas especificidades precisam ser assinaladas, tomando por base o ano 2000. Em Florianópolis e em Natal, não foi notificado nenhum homicídio. Em algumas outras, as taxas estão muito abaixo da média nacional: Salvador, 1,82 por cem mil; Belém, 3,8 por cem mil; João Pessoa, 4,11 por cem mil e Curitiba, 5,99 por cem mil. Algumas capitais apresentam taxas de acidentes de transporte também bastante baixas comparativamente: Salvador, 9,09 por cem mil; São Paulo, 11,52 por cem mil; Natal, 14,22 por cem mil e São Luís, 16,16 por cem mil. Não foi notificada nenhuma morte por queda em Palmas; e proporcionalmente as taxas são baixas em Fortaleza, 4,99 por cem mil; em Rio Branco, 7,28 por cem mil; em São Paulo, 8,08 por cem mil; em João Pessoa, 8,22 por cem mil e em Natal, 8,89 por cem mil. No que tange aos suicídios, estão bastante abaixo da média nacional: Boa Vista, Belém, Macapá, Palmas, Natal, João Pessoa, Macaíó, Salvador, Vitória e Cuiabá, todas com taxas de 0,6 por cem mil.

Foram muito elevadas as taxas de mortes de idosos devidas a acidentes de transporte no ano 2000 em Porto Velho, 136,15 por cem mil; em Boa Vista, 80,80 por cem mil e em Palmas, 80,62 por cem mil. No mesmo ano, as taxas de homicídios se apresentaram muito mais altas que a média do País em Cuiabá, 54,75 por cem mil, Porto Velho, 34,04 por cem mil; em Palmas, 26,87 por cem mil; em Boa Vista, 25,94 por cem mil e em Macapá, 25,52 por cem mil. Nos óbitos por quedas, destacaram-se Vitória com taxas de 61,20 por cem mil; Porto Velho, 54,46 por cem mil e Rio de Janeiro, 40,71 por cem mil. Em relação aos suicídios, em 2000, foram mais elevadas as taxas em Terezina (18,0 por cem mil); Campo Grande (14,5 por cem mil); Porto Alegre (12,5 por cem mil) em Florianópolis (10,4 por cem mil) e em Belém (13,0 por cem mil). Em todos os subgrupos de causas externas, menos em suicídios, evidencia-se a situação de Porto Velho como a capital mais violenta para os idosos, fato que merece especial atenção dos gestores públicos.

No Brasil, as informações sobre morbidade provocada por causas violentas em idosos ainda são pouco consistentes, fato observado também na literatura internacional que ressalta a subnotificação em todo o mundo. É preciso ressaltar mais uma vez que os únicos dados nacionais sobre o assunto correspondem, apenas, aos agravos que chegam aos hospitais do SUS. Esse é, também, um problema internacional citado por alguns autores, como Chavez (2002), que, realizando investigações com trabalho de campo e busca ativa, estimaram que cerca de 70% das lesões e dos traumas sofridos pelos velhos não comparecem às estatísticas. Considerando essa limitação, entende-se que as notificações existentes não permitem informações conclusivas sobre a magnitude da morbidade por violência. Apenas ajudam a perceber a gravidade dos problemas e observar onde devem ser realizados investimentos de prevenção e de cuidados por parte do sistema de saúde e das políticas sociais de proteção.

A análise do Sistema de Informações Hospitalares do SUS revela que no ano 2000 foram realizadas 92.796 internações por violências e acidentes, sendo que 52,1% se deveram a quedas; e 19,1%, a acidentes de transporte e trânsito, sobretudo a atropelamentos; 3,0%, a agressões e 0,8% a lesões autoprovocadas. Desse conjunto, 63,2% causaram fraturas; 19,7%, lesões traumáticas; 6,3%, ferimentos; 3,5%, luxações; e 3,1%, amputações. Numa classificação por sexo, mais mulheres (50.013) utilizaram os serviços de saúde por motivo dos problemas em pauta, do que os homens (42.783), pesando na internação feminina a incidência maior de quedas. Por estratos de idade e sexo, a procura dos serviços hospitalares foi maior entre os homens de 60 a 69 anos (52,28%), que são logo ultrapassados pelas mulheres a partir de 70 anos. Eles configu-

raram 43,58% da demanda, na faixa de 70 a 79 anos e 34,55%, no grupo de 80 anos ou mais, quando se comparam às mulheres.

O custo médio das internações hospitalares de idosos por causas relacionadas a acidentes e violências em 2000 foi de R\$ 706,04 e o tempo médio de internação era de 6,7 dias. Essas cifras estão muito acima dos R\$ 516,45 de custo médio e por ciclo de dias de internação, valores estimados para a população de todas as idades, vítima de violências e acidentes. Também a mortalidade hospitalar é muito mais elevada entre idosos (5,29 por cem mil) do que na população em geral, 2,6 por cem mil das vítimas que se internaram por essas causas.

Além dos dados hospitalares, os registros policiais dos diferentes estados brasileiros mostram que pessoas idosas são vítimas de seqüestros, roubos, assaltos, invasão de domicílio, roubo de propriedade e de veículos, em proporção menor, mas da mesma forma que outros grupos populacionais (SOUZA et al, 2001).

Alguns estudos nacionais e internacionais (PAYNE et al., 1992; SOUZA et al., 1998; SOUZA, et al., 2001) referem que, enquanto os acidentes de trânsito e de transporte são a primeira causa externa específica de mortes de idosos, quedas são o principal tipo de agravo que leva à internação desse grupo populacional e o mais importante motivo pelo qual os velhos procuram os serviços de emergência. Frequentemente, as lesões e os traumas provocados por quedas em pessoas idosas ocorrem em casa, entre o quarto e o banheiro, ou nas vias públicas, nas travessias das ruas, ao subir nos ônibus ou ao se locomoverem dentro deles. Associam-se, na maioria das vezes, a enfermidades, como osteoporose, instabilidade visual e postural típicas da idade e negligências em prover proteção aos idosos (SOUZA et al., 1998, 2001; MINAYO, 2003). Esses autores ressaltam a existência de uma razão de três quedas não fatais para cada queda fatal. Observam que a elevada relação entre óbitos e lesões também costuma ser uma expressão de vários tipos concomitantes de maus-tratos por parte dos familiares ou dos cuidadores, dentro dos lares ou nas instituições de abrigo. Um terço do grupo acima de 60 anos que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização e metade dos idosos que sofrem esse tipo de lesão falece dentro de um ano. Grande parte dos que sobrevivem fica totalmente dependente dos cuidados de outras pessoas. Isso representa altos custos financeiros e sociais (SIJUWADE, 1995; KLEINSCHIMDT, 1997).

3. Análise abrangente da violência contra os idosos

Por mais que impressione a magnitude dos números relativos aos 13.436 idosos mortos por violências e acidentes (cerca de 37 pessoas por dia!) em 2000 e os 92.796 que foram internados por lesões e envenenamentos no mesmo período, a violência contra os idosos é muito mais intensa, muito mais disseminada e muito mais presente na sociedade brasileira que os referidos números revelam. Pois, como já foi dito, os registros de morte e de morbidade por causas externas se referem, exclusivamente, aos casos de lesões, traumas ou fatalidades que chegam aos serviços de saúde ou de segurança pública, constituindo-se, assim, a ponta do iceberg de uma cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais ou de negligências familiares ou institucionais.

A partir da literatura internacional, conclui-se que a violência contra a população idosa é também problema universal. Estudos de diferentes culturas e de cunho comparativo entre países têm demonstrado que pessoas de todos os status socioeconômicos, etnias e religiões são vulneráveis aos maus-tratos que ocorrem de várias formas: física, sexual, emocional e financeira. Frequentemente, uma pessoa de idade sofre, ao mesmo tempo, vários tipos de maus-tratos, como mostram Wolf (1995); Chavez (2002) e Menezes (1999). Todos os pesquisadores que têm analisado arquivos de Emergências Hospitalares e de Institutos Médico-Legais comprovam a existência de ações violentas contra idosos, como bases de lesões e traumas físicos, mentais e emocionais (CHAVEZ, 2002; PAVLIK et al. 2001; MENEZES, 1999; BRASIL, 2001), dentre outros.

Frequentemente, a violência estrutural, a violência institucional e a violência familiar das quais os velhos são vítimas ocorrem simultaneamente, pois os velhos são, assim como crianças e adolescentes, um grupo muito vulnerável, sobretudo nos casos de múltiplas dependências e incapacidades (RAMOS, 2002). Pela ordem de relevância, é importante assinalar que os abusos econômicos e financeiros, hoje no País, não só expressam e sintetizam a simultaneidade das várias formas de violência, mas também quem os comete, consciente ou inconscientemente, decreta a morte e a exclusão social do idoso. Pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, consolidando dados da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso, comprova que mais de 60% das queixas desse grupo à polícia se refere a disputas dos familiares pela posse de seus bens ou por dificuldades financeiras das famílias em arcar com a sua manutenção (INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS, 2004). A mesma relevância foi observada por Costa e Chaves no estudo das denúncias na Delegacia de Belo Horizonte que também atende aos idosos.

Os abusos analisados pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais – IBCCRIM (2004) geralmente são cometidos, principalmente, por familiares, nas tentativas de forçar procurações que lhes dêem acesso a bens patrimoniais dos velhos; na realização de vendas de bens e imóveis sem o seu consentimento; por meio da expulsão deles do seu tradicional espaço físico e social do lar ou por seu confinamento em algum aposento mínimo em residências que por direito lhes pertencem, dentre outras formas de coação. As tentativas dos filhos e outros parentes são, quase sempre, de se apossar de bens, objetos e rendas, sem o consentimento dos idosos (SILVA, 2004). As queixas de abuso econômico e financeiro se associam a várias formas de maus-tratos físicos e psicológicos que produzem lesões, traumas ou até a morte.

Mas, não é apenas a partir das famílias que os abusos econômicos e financeiros contra idosos se realizam. Eles estão presentes também nas relações do próprio Estado, frustrando expectativa de direitos ou se omitindo na garantia dos mesmos, como ocorre, frequentemente, nos trâmites de aposentadorias e pensões e, sobretudo, nas demoras de concessão ou correção de benefícios devidos, mesmo quando, a Lei nº 8.842 (BRASIL, 1994), desde 1994, lhe garanta prioridade no atendimento em órgãos públicos e privados, dos prestadores de serviços e nas necessidades assistenciais. Nas delegacias de atenção e proteção ao idoso e nos núcleos de atendimento do Ministério Público, uma das solicitações mais recorrentes é que os agentes colaborem na solução de problemas com aposentadorias e pensões.

Diferentes formas de violência econômica e financeira combinada com discriminações e maus-tratos são praticadas também por empresas, sobretudo, por bancos e lojas. Os campeões das queixas dos idosos e de seus familiares são os planos de saúde por aumentos abusivos e por negativas de financiamento de determinados serviços essenciais. Os velhos são vítimas também de estelionatários e de várias modalidades de abuso financeiro cometidos por criminosos que tripudiam sobre sua vulnerabilidade física e econômica em agências bancárias, caixas eletrônicas, nas lojas, nas ruas, nas travessias ou nos transportes. Os policiais das delegacias de proteção ao idoso assinalam a frequência de suas queixas sobre roubo de cartões, cheques, dinheiro e objetos de forma violenta ou sorradeira.

A **violência estrutural** reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e a discriminação que se expressa de múltiplas formas. No Brasil, apenas 25% dos idosos aposentados vivem com três salários mínimos ou mais. Portanto, a maioria deles é pobre e miserável, fazendo parte de famílias pobres e miseráveis. Embora a questão social seja um problema muito mais amplo do que o que aflige os mais velhos, eles são o grupo mais vulnerável (junto com as crianças) por causa das limitações impostas pela idade, pelas injunções das histórias de perdas e por problemas de saúde e de dependência, situações que na velhice são extremamente agravadas. Estudos de Lima-Costa et al. (2002a) analisam essa questão evidenciando as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e os problemas de desnutrição, e Silva (2004) se refere, particularmente, ao desamparo e ao abandono que vivenciam em asilos e nas ruas. Silva (2004) lembra que há centenas de idosos dormindo nas calçadas e debaixo dos viadutos: “A oferta de vagas em albergues é muito inferior à demanda” (SILVA, 2004, p. 2). É bem verdade que há um esforço governamental para criar uma institucionalização do Estatuto do Idoso e oferecer condições mínimas de sobrevivência para os mais desvalidos. Contudo, a maioria das leis e das políticas formuladas ainda está no terreno das palavras.

A **violência institucional** que, em geral, também ocorre em todo o mundo, no Brasil ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos. Ela se realiza como uma forma de agressão política, cometida pelo estado, em nível macrossocial e, de maneira mais específica, nas instituições públicas de prestação de serviços e nas públicas e privadas de longa permanência dos idosos.

O aparato do Estado é um grande regulador do curso da vida e, no caso brasileiro, a posição dos governos em relação aos velhos é contraditória. De um lado, existem muitas leis a favor deles. Numa recente publicação que abrange informações sobre atos legislativos de 1917 a 2001, Barroso (2001) compilou 53 leis, decretos, resoluções e portarias, dispositivos nos quais os idosos são mencionados como sujeito de direitos e de proteção social. Atualmente, está em elaboração um Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra os Idosos. No entanto, direta ou indiretamente, os mesmos governos, que promulgam o reconhecimento de direitos e concedem benefícios, acusam o idoso pelo custo insustentável da Previdência Social no Brasil, falham na implementação de políticas que lhes dizem respeito e se omitem, na prática, de viabilizar os instrumentos de aplicação das leis e das políticas de proteção que ele mesmo cria.

No nível das instituições de prestação de serviços, as de saúde e previdência social (as que, em termos gerais, configurariam a seguridade social) são campeãs de queixas e reclamações, pois são exercidas por uma burocracia impessoal, que reproduz uma cultura de discriminação por classe, de gênero e de idade, causando imenso sofrimento

à maioria dos idosos, pobres e sem condições de optarem por outros serviços. Muitos idosos verbalizam a idéia de que ser aposentado significa ser maltratado pelo sistema social de assistência pública. As longas filas que demandam a falta de comunicação ou a comunicação confusa e a ausência de uma relação pessoal e capaz de ser compreendida por quem precisa dos cuidados constituem uma forma de violência das quais os idosos mais se queixam. Numa nota técnica para a Câmara dos Deputados, Malagutti (2003, p. 3) assim se refere: “o serviço de saúde pública é o principal pesadelo desse contingente, que também é o mais penalizado pelos preços absurdos dos planos de saúde”.

Uma terceira forma de expressão relevante da violência institucional ocorre nas relações e formas de tratamento que as entidades (asilos e clínicas) de longa permanência mantêm com os idosos. Ali, freqüentemente, se perpetuam abusos, maus-tratos e negligências que chegam a produzir mortes, incapacitações e a acirrar processos mentais de depressão e demência. Orientado para fiscalizar casas de repouso, o Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (Gaepi) do Ministério Público de São Paulo fechou 48 desses estabelecimentos entre 1994 a 1997 e Silva (2004, p. 3) ressalta que existem muitos idosos abandonados em hospitais e asilo “quanto mais renda tem o idoso, mais a família tem pressa em colocá-lo em algum asilo para dispor de seus bens”. Hoje, há no País quase 500.000 idosos internados em asilos e clínicas. Um caso que chama atenção para a sinergia que efetua entre as violências estrutural, institucional e familiar no Brasil e serve como referência do que ocorre de forma menos noticiada é o da Clínica Santa Geneveva no Rio de Janeiro, na qual morreram 156 pacientes, em 1996, em consequência de problemas nutricionais e de falhas na assistência médica. A análise dos dados de internação hospitalar nessa clínica, realizada por Guerra et al (2000), revelou que o excesso de mortalidade verificada nesse ano já vinha ocorrendo desde 1993 e poderia ter sido detectado e talvez até prevenido se as informações houvessem sido devidamente avaliadas pelas instâncias públicas de fiscalização. Nesse caso paradigmático, a violência institucional da clínica que pode ser qualificada como negligência e abandono se aliou à negligência e à leniência do poder público e ao abandono e ao descaso das famílias para com seus parentes idosos doentes e indefesos. Nas crônicas que se seguiram à denúncia do excesso de mortos, evidenciou-se que a maioria dos velhos não recebia visitas de parentes e alguns que compareciam à clínica, de vez em quando, não tinham coragem de denunciar a violência que presenciavam por medo de ter que levar seu familiar de volta para a casa (SOUZA et al., 2002).

Em muitos asilos e clínicas, mesmo nos estabelecimentos públicos ou conveniados com o Estado, freqüentemente, as pessoas são maltratadas, despersonalizadas, destituídas de qualquer poder e vontade, faltando-lhes alimentação, higiene e cuidados médicos adequados. Idosos são vistos, em muitos casos, como ocupantes de um leito a mais para fins de consecução de financiamento público. Infelizmente, embora seja um problema público e notório, os desmandos das clínicas e asilos não estão devidamente dimensionados, pois faltam investigações sobre a magnitude e a complexidade do fenômeno e, principalmente, quase inexistente a necessária vigilância e fiscalização desses estabelecimentos, como observam Guerra et al. (2000), a não ser quando ocorre um escândalo ou alguma denúncia intensamente alardeada pela imprensa (SOUZA et al., 2002).

Embora a família deva ser classificada como instituição e, portanto, o correto seria tratar a violência que ocorre na sua dinâmica como institucional, pela relevância do seu espaço no tema aqui tratado, ela será analisada com especificidade.

A violência familiar contra idosos é um problema nacional e internacional. Pesquisas feitas em várias partes do mundo revelam que cerca de dois terços dos agressores são filhos e cônjuges (REAY, BROWNE, 2001; WILLIAMSON, SCHAFFER, 2001). São particularmente relevantes os abusos e as negligências que se perpetuam por choque de gerações, por problemas de espaço físico, por dificuldades financeiras que costumam se somar a um imaginário social que considera a velhice como decadência e os idosos como passado e descartáveis (MINAYO, COIMBRA JÚNIOR, 2002; DEBERT, 1999). Todos os estudos ressaltam a relevância de tocar nesse tema, pelo fato de que os cuidados com a pessoa idosa continuam a ser, na maioria das sociedades, responsabilidade das famílias.

A **violência familiar** é enfatizada na maioria dos estudos internacionais como a mais freqüente forma de abuso contra os idosos. Chavez (2002) e Kleinschmidt (1997) mostram que 90% dos casos de violência e de negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem nos lares. Para o Brasil, essa afirmação seria prematura, pois as pesquisas existentes não permitem explicitar a proporção em que incidem os abusos dos parentes próximos, os que ocorrem fora dos lares e dentro das instituições na configuração desse fenômeno.

No entanto, ainda que não haja pesquisas sobre a magnitude nacional do problema e nem das diferenciações das formas de sua manifestação, estudos focalizados comprovam a gravidade da violência familiar contra idosos no País. É possível dizer que as agressões e negligências estão presentes e configuram um sério problema social. Numa consolidação de dados da Delegacia de Proteção ao Idoso em São Paulo, o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, tendo como base 1.500 notificações feitas no período de 1991 a 1998, comprovou que 40% das queixas dos velhos são contra filhos, netos ou cônjuges e outros 7% se referem a outros parentes. Cerca de 13% das denúncias são de agressão física e mais de 60% por abusos econômicos dos familiares ou por recusa a dar-lhes proteção como já foi mencionado (INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS, 2004).

Outra sistematização de dados importante que evidencia os problemas é a realizado por Costa e Chaves (2003) a partir da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso de Belo Horizonte. Foram analisados 1.388 casos registrados nos Termos Circunstanciados de Ocorrência (TCO) relativos aos idosos, vítimas de violência, no período de 1998 a 2001. Do total, 1.007 (72,5%) das vítimas que deram queixa eram mulheres e 381 (27,5%) eram homens, reafirmando-se a tese de que, no Brasil e em muitas outras sociedades, elas são mais vitimizadas que seus companheiros. Dos agressores, os filhos correspondem a 45,3% do total, vindo a seguir, companheiros e cônjuges, 15,4% e noras e genros, 8,2%. Nesses três anos analisados, constata-se, também, elevado percentual de denúncias de violências praticadas por vizinhos (12,2%), sobretudo, relacionadas a questões econômicas como pagamento de aluguel. Das várias formas de abuso, as principais, correspondendo a cerca de 40%, são queixas sobre ameaças e perturbações da tranqüilidade. As ameaças estão relacionadas, principalmente a violência sexual e a abusos econômicos. Nesse último caso, acompanhando o que ocorre em São Paulo, as denúncias se referem a tentativas de apropriação dos bens do idoso ou a abandono material cometido contra ele. O documento evidencia que a maioria das violências físicas cometidas pelos filhos está associada ao alcoolismo: deles próprios ou dos pais idosos (COSTA, CHAVES, 2003). Wolf (1995), em revisão de várias pesquisas canadenses, ressaltou que, em seu país, os abusos mais freqüentes são os de origem financeira (12,5%); as agressões verbais (1,4%) e as agressões físicas (0,5%).

Apesar de escassos estudos nacionais (MENEZES, 1999; BRASIL, 2001), assim como os internacionais (ANETZBERGER et al., 1994; ORTMANN et al., 2001; WOLF, 1995), evidenciam que existe um perfil do abusador familiar: por ordem de frequência costumam ser, em primeiro lugar, os filhos homens mais que as filhas; em segundo lugar, noras e genros e, em terceiro, o cônjuge. Sanmartin et al. (2001), numa amostra de 307 idosos espanhóis maltratados e acima de 70 anos, encontraram o seguinte perfil de agressores: 57% eram filhos e filhas; 23% eram genros e noras; 8%, um dos cônjuges. Anetzberger et al. (1994) também evidenciaram como principais agressores filhos homens em 56,5% das ocorrências e filhos homens solteiros com idade menor que 49 anos em 78,3% dos casos, num estudo qualitativo realizado com abusadores e não-abusadores, nos Estados Unidos.

A caracterização do agressor foi mais aprofundada por alguns investigadores brasileiros e estrangeiros que se perguntaram pelas situações de risco que os idosos vivenciam nos lares. Encontraram, como principais, as seguintes: o agressor viver na mesma casa que a vítima; o fato de filhos serem dependentes financeiramente de seus pais de idade avançada; ou os idosos dependerem da família de seus filhos para sua manutenção e sobrevivência; abuso de álcool e drogas pelos filhos, por outros adultos da casa ou pelo próprio idoso; haver na família ambiente e vínculos frouxos, pouco comunicativos e pouco afetivos; isolamento social dos familiares e da pessoa de idade avançada; o idoso ter sido ou ser uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares; haver história de violência na família; os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica; padecerem de depressão ou de qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico (MENEZES, 1999; ORTMANN et al., 2001; WOLF, 1995; SANMARTIN et al., 2001; COSTA, CHAVES, 2002; REAY, BROWNE, 2001; WILLIAMSON, SCHAFFER, 2001; LACHS et al., 1998; ANETZBERGER et al., 1994).

Dentre todos os fatores, a maioria dos estudiosos ressalta a forte associação entre maus-tratos aos velhos e dependência química. Segundo Anetzberger et al. (1994), 50% dos abusadores entrevistados por seu grupo tinham problemas com bebidas alcoólicas. Esses autores e Chavez (2002) assinalam que os agressores físicos e emocionais dos idosos usam álcool e drogas numa proporção três vezes mais elevada que os não-abusadores. Isso foi também assinalado no estudo de Costa e Chaves (2003).

Alguns pesquisadores vêm desmistificando a idéia de que os cuidadores familiares seriam os maiores agressores e que as situações de maus-tratos e negligências tenderiam a piorar com a multiplicidade de dependências do idoso e com o tempo exigido de atenção e dedicação a ele. Ora, Kleinschmidt (1997) e Reay e Browne (2001) constataram que essa relação, sem dúvida estressante, só se transforma em violenta quando o cuidador se isola socialmente; quando sofre depressão ou problemas psiquiátricos; quando são frouxos os laços afetivos entre o idoso e ele; ou quando quem assiste ao idoso foi vítima de violência praticada por essa pessoa. Dizem Williamson e Schaffer (2001) que análises multivariadas sugerem ser a qualidade da relação pré-enfermidade ou anterior ao estado de dependência do idoso ao cuidador, o principal fator que determina a forma positiva ou negativa como este último percebe seu trabalho (como castigo ou como ato de dedicação amorosa). Essa atitude é preditiva de estados de depressão e de possíveis comportamentos violentos. Nesse sentido, é muito ilustrativo o trabalho de Caldas (2002), em que, por meio de uma abordagem fenomenológica, ouve e interpreta a ótica dos cuidadores sobre o impacto em suas pessoas e em suas famílias, da convivência com idosos em processo de demência. A autora mostra um movimento de adaptação

dos cuidadores à situação de estresse emocional e físico, nos casos em que se dedicam a idosos com problemas demenciais. Mas, alerta também para a necessidade de que o cuidador seja cuidado, a fim de que não sucumba aos desgastes inevitáveis, mesmo quando a relação entre ele e a pessoa a quem se dedica seja amorosa.

No que concerne à especificidade de gênero, todas as investigações mostram que, no interior da casa, as mulheres, proporcionalmente, são mais abusadas que os homens; e ao invés, na rua, eles são as vítimas preferenciais. De ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária. Concomitantemente, as conseqüências dos maus-tratos provocam, nos idosos, experiências de depressão, desesperança, alienação, desordem pós-traumática, sentimentos de culpa e negação das ocorrências e situações que os vitimam (MENEZES, 1999; MINAYO, 2002, 2003; WOLF, 1995).

4. Conclusões

A nova legislação garante: o envelhecimento é um direito personalíssimo. Como pessoa humana e sujeito de direitos civis, aos velhos brasileiros são assegurados respeito, liberdade e dignidade. Existem hoje, no País, suficientes dispositivos legais para o enfrentamento da violência contra o idoso. Ninguém pode duvidar que o Estatuto do Idoso é um excelente dispositivo legal, por meio do qual, a sociedade dá um passo decisivo no reconhecimento da cidadania desse grupo social, do seu protagonismo e de sua contribuição passada e atual. Ao aprovar essa lei, os brasileiros redefiniram o lugar do idoso no ciclo da vida comunitária, chamando-o a se integrar na esfera política, no mundo do trabalho, na produção da cultura e da vida social.

O Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, em elaboração pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos, aprofunda e focaliza as diretrizes para atuação do poder público nos casos de abusos, maus-tratos e negligências contra idosos, responsáveis por provocar-lhes mortes, lesões, traumas e muito sofrimento físico e emocional. O documento da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001) também prevê ações concretas do setor para a proteção e prevenção dos abusos contra os velhos no País. Esses dois textos, junto com o Estatuto do Idoso, mostram a visão positiva de um país que, nos próximos anos, terá uma das maiores populações acima de 60 anos no mundo.

Existem, também, já em ação alguns dispositivos públicos de proteção dos idosos, vítimas de violências: os Conselhos Nacionais e locais de Direitos dos Idosos, os SOS-Idoso; os Ligue-Idoso e muitos outros. São algumas iniciativas práticas e pontuais que poderiam ser, dentro das condições de cada lugar, replicadas. Por exemplo, têm cumprido um papel importante as Delegacias Especializadas de Atendimento e Proteção aos Idosos (as denominações dessas unidades variam) como as implantadas em São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, e mais recentemente, em João Pessoa. No mesmo sentido, foi importante a criação de setores específicos nas delegacias comuns de Brasília. Os núcleos de atendimento do Ministério Público e das Defensorias Públicas, como os de São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, também têm cumprido um papel de

defesa de direitos desse grupo social, sobretudo, para os estratos de baixa renda, para a população de rua e miseráveis e em relação aos desmandos de asilos e clínicas. Em São Paulo, desde o início de 2004, tornou-se obrigatória a notificação pelos profissionais de saúde ao Conselho Municipal do Idoso dos casos de violência contra idosos, incluindo-se a gravidade da lesão, a idade do agressor e do idoso, a relação existente entre os dois e, dentre outros, dados sobre a condição social da pessoa. Todas essas iniciativas implantadas em vários estados do País evidenciam uma ampliação da consciência social a respeito da fragilidade social dos idosos brasileiros e a necessidade de lhes garantir direitos e proteção.

No entanto, existe uma imensa distância entre as leis e portarias e sua implementação, no Brasil. Como dizem os humanistas, “nós somos nossos próprios atos”. O estatuto que prevê um país generoso com os seus velhos não tem a correspondência, na prática, na destinação de recursos nem de instrumentos de atuação e de responsabilização dos atores públicos para cumprir e fiscalizar a universalização dos benefícios e o enfrentamento das violências estruturais, institucionais e sociais de que eles são vítimas. É bem verdade que muitas transformações previstas por esses dispositivos são do âmbito dos hábitos, dos usos e dos costumes. Portanto, remetem a mudanças culturais que ocorrem lentamente. No entanto, mesmo essas necessitam da intervenção política e social para que se acelerem e só acontecerão, como lembra o estatuto, com a garantia da participação dos atores sociais interessados, os próprios idosos.

Citam-se aqui algumas urgências para as quais os gestores públicos e a sociedade deveriam estar atentos, levando-se em conta os diferentes espaços de vitimização: âmbito familiar, instituições públicas de prestação de serviços, asilos e clínicas de longa permanência e contextos comunitários e sociais.

- Do ponto de vista governamental, é muito importante que se promova ampla divulgação do Estatuto do Idoso, que consagra o reconhecimento de seus direitos, de seu protagonismo e de sua importância. O maior antídoto da violência é a cidadania. É fundamental, também, a implantação de serviços específicos de denúncia contra violência, como os SOS, assim como os mecanismos de encaminhamento e de solução dos problemas, que possam lhes dar proteção e punam os agressores. De nada adiantaria acumular denúncias que, no máximo, dariam visibilidade ao problema, sem implantar serviços que possam responder aos apelos dos idosos. Portanto, é fundamental garantir que todos os movimentos de sensibilização e de conscientização sejam associados a medidas de coibição de abusos e maus-tratos.
- Ainda no âmbito governamental, merece ser destacada a necessidade de implantação de um sistema de creditação e de fiscalização dos asilos e clínicas, tendo em vista que quase 500.000 brasileiros hoje vivem nessas instituições. É preciso superar a negligência do poder público que, na maioria das vezes, financia e não sabe nem a qualidade dos serviços prestados, nem a magnitude e a profundidade dos problemas que ocorrem ali e dos quais são vítimas principalmente os idosos pobres e abandonados por suas famílias.
- Sendo os acidentes e as violências no trânsito a primeira causa externa específica de morte nesse grupo etário, é preciso ter em conta a alta relevância de preparar melhor os dispositivos e sinais nas ruas e nas travessias nas cidades. É de extrema importância promover campanhas educativas, colocar conteúdos sobre os direitos dos idosos nas escolas de formação de motoristas, mobilizar os empresários do

setor e punir os agressores, institucionais e individuais, que os desrespeitam e os penalizam nos transportes públicos. Diminuir as mortes de idosos provocadas por violências no trânsito é uma meta que certamente pode ser cumprida sem grande dispêndio de recursos financeiros, se houver vontade política e determinação dos gestores em assumi-la.

- As quedas são a primeira causa externa específica de internação de idosos. Em 2000, elas corresponderam a 51,2% de todas as formas de acidentes e violências responsáveis pela internação dessas pessoas, como já foi descrito. Na incidência das lesões e dos traumas resultantes, vários intervenientes provêm das fragilidades e enfermidades físicas associadas à idade. Mas, outros são devidos a negligências e abusos contra esse grupo etário. Volta-se novamente aos espaços das ruas, à necessidade de educar e sensibilizar motoristas e pedestres para as dificuldades que os idosos apresentam nas travessias, por causa de seus movimentos mais lentos, de seus problemas visuais e de audição, dentre outros. Assim como é preciso exigir de condutores e cobradores que respeitem e protejam os que precisam e têm direito de usar os transportes públicos.
- Mas, a maioria das quedas ocorre nos lares, no trajeto da cama para o banheiro, nesse compartimento da casa, e, com menor incidência, nas outras dependências. Existem cuidados específicos que as famílias precisam conhecer e que as indústrias de construção civil, a partir de agora, terão que levar em conta. Dos mais comuns, são os pisos antiderrapantes, retirada de tapetes, iluminação adequada, dispositivos de apoio nos banheiros e em outros locais das casas onde os velhos circulam. Essa é outra meta que deveria fazer parte das campanhas do poder público para atingir diretamente os lares. Embora campanhas publicitárias tenham efeito duvidoso quando realizadas isoladamente, é importante usar esse instrumento ou outras formas criativas de comunicação para sensibilizar as famílias sobre o irreversível envelhecimento da população e os cuidados necessários para que essas pessoas sejam respeitadas, vivam com dignidade e possam colaborar de forma concreta com a realização da família. Caso contrário, como lembra Ecléa Bosi, “a velhice desgastada, ao retrair suas mãos cheias de dons, torna-se uma ferida no grupo” (BOSI, 1983, p. 41).
- É importante criar no setor Saúde a consciência da urgência que um idoso requer na prestação de serviços. Seja na atenção primária, seja nas emergências, nas áreas de tratamento e de reabilitação, a lei da prioridade precisa ser respeitada. É uma violência inconcebível o uso da lógica burocrática e impessoal da marcação de atendimento para espaços de três, seis meses ou mais para pessoas cujos problemas de sofrimento físico ou mental afligem a elas e suas famílias, em situações em que, na maioria das vezes, esses cidadãos não têm condições financeiras de optar por outras alternativas. Exemplos múltiplos de insensibilidade e de desrespeito são notificados nos órgãos que recebem denúncias, evidenciando que os serviços públicos de saúde (junto com os planos de saúde) e de previdência são os que provocam maiores sofrimentos aos idosos pela forma com que os atendem ou negligenciam sua atenção. É preciso estabelecer também uma meta que promova a transformação da atuação desses dois setores que compõem a seguridade social. É necessária uma revolução na maneira tradicional e impessoal de tratar os velhos brasileiros. Aqui também não são necessárias grandes somas de recurso financeiro e, sim, exigências, incentivos e conscientização, pois se sabe que é difícil mudar estruturas e mentalidade.
- No caso dos atendimentos dos resultantes dos acidentes e violências, estudos mostram que existe muito pouco envolvimento das equipes de saúde para irem além

dos problemas físicos que os idosos apresentam nas demandas aos serviços. Isso acontece mesmo quando, nos diagnósticos, fica evidente a existência de violências como causa básica das ocorrências. A lógica que define o não-envolvimento costuma ser a consideração do problema dos maus-tratos como sendo do âmbito privado ou da segurança pública, portanto, fora da competência da medicina. Um texto de Hirsch e Loewy (2001) escrito especialmente para médicos, alerta-os para a necessidade de melhorarem seu diagnóstico em casos de maus-tratos, ensinando-lhes a reconhecerem alguns sinais. Dizem que é preciso prestar atenção à aparência desse cliente; ao fato de que procure seguidamente seus cuidados para o mesmo diagnóstico; a suas repetidas ausências às consultas agendadas; aos sinais físicos suspeitos; e às explicações improváveis de familiares para determinadas lesões e traumas. Concluem instruindo os médicos para, no caso de observarem a ocorrência de abusos ou negligências, providenciarem um monitoramento mais cuidadoso. Recomendam visitas domiciliares periódicas dos serviços do hospital nos casos de suspeita e, se for o caso, que os profissionais ou a direção do estabelecimento de saúde denunciem às autoridades competentes a existência dos maus-tratos, para que se tomem providência relativas à proteção da pessoa e à penalização dos abusadores. A Política de Redução de Acidentes e Violências busca comprometer os profissionais de saúde com a notificação da causa básica e com a denúncia de maus-tratos. Atingir a meta do engajamento ativo dos estabelecimentos e dos profissionais em todos os níveis dos serviços com a prevenção da violência e proteção dos mais velhos deve fazer parte de um plano de sensibilização e de ação do setor.

- Pelo fato da família ser, no Brasil e no mundo, o lócus privilegiado de moradia e de cuidado dos idosos de todas as classes sociais, é preciso investir muito na sua competência para abrigá-los com respeito e dignidade, respeitá-los e protegê-los. Embora possa parecer, à primeira vista, essa não é uma tarefa natural. Prova das dificuldades é o fato de que é nesse espaço que ocorre a maioria das violências físicas, psicológicas, econômicas e sexuais. Todas as formas de abuso, principalmente os econômicos (os campeões das queixas), precisam ser coibidos e, para isso, as instâncias públicas necessitam se equipar e ter capacidade de dar respostas. Mas, não são apenas os aspectos negativos que devem ser focalizados. Na medida em que a maioria dos idosos brasileiros é pobre, vivendo em famílias pobres, a universalização dos auxílios pecuniários e a instituição de serviços sociais e de saúde que atinjam os domicílios precisam ser, desde já, tratadas como ações prioritárias dos governos. No caso das famílias com idosos dependentes e enfermos, o setor Saúde está devendo ao País uma ação eficiente e eficaz de formação e de apoio a cuidadores (KARSCH, 2003), para que esses, sobretudo os das famílias de baixa renda, não sucumbam ou cometam violências pelo desespero da falta de recursos técnicos e financeiros que a prática do cuidado exige deles.

Como prevê o estatuto, todas as formas de aumentar o respeito, todas as políticas públicas voltadas para sua proteção, cuidado e qualidade de vida precisam considerar a participação dos idosos, grupo social que desponta como ator fundamental na trama das organizações sociais do século XXI. Ricos ou pobres, ativos ou com algum tipo de dependência, muitos sustentam famílias, dirigem instituições e movimentam um grande mercado de serviços que vai do turismo, ao lazer, à cultura, aos produtos farmacêuticos ou estéticos e à assistência médica e social. Amar, respeitar e contar com os idosos é condição de uma sociedade inclusiva e saudável.

Referências Bibliográficas

- AANETZBERGER, G. J.; KORBIN, J. E.; AUSTIN, C. Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 184-193, 1994.
- BAKER, A. A. Granny-battering. *Modern Geriatrics*, [S.l.], v. 5, p. 20-24, 1975.
- BARROS, M. M. L. Velhice ou terceira idade?: *estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- BARROSO, C.T.B. (Org.). *O idoso no Direito Positivo Brasileiro*. Brasília: Ministério da Justiça, 2001.
- BOSI, E. *Memória e sociedade*. São Paulo: T.A. Queiroz Editor, 1983.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, p. 77, 5 jan. 1994.
- . Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 192, 3 out. 2003.
- . Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 96, Seção 1E, 18 maio, 2001.
- CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 51-72
- CHAVEZ, N. *Violence against elderly*. [S.l.: s.n, 200-?]. Disponível em: <<http://www.health.org/referrals/resguides.asp>>. Acesso em: 22 out. 2002.
- COSTA, P. L.; CHAVES, P. G. S. *A vivência afetiva e a violência doméstica contra os idosos*. Belo Horizonte, 2003. Mimeografado.
- DEBERT, G. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EDUSP, 1999.
- GUERRA, H. L. et al. A morte dos idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 545-551, 2000.
- HIRCH, C. H.; LOEWY, R. The management of elder mistreatment: the physicians's role. *Wien klin wochenschr*, [S.l.], v. 113, n. 10, p. 384-392, 2001.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS (IBCCRIM). Núcleo de Pesqui-

sa. *O idoso em perigo*. [S.l.: s.n., 200-?]. Disponível em: <<http://www.wwww.ibccrim.com.br/pesquisa>>. Acesso em: 08 fev. 2004.

KARSCH, U. Dependend seniors: families and caregivers. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KLEINSCHMIDT, K. C. Elder abuse: a review. *Annals of Emergency Medicine*, [S.l.], v. 30, n. 4, p. 463-472, 1997.

LASCHS, M. S. et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, [S.l.], v. 280, n. 5, p. 428-432, 1998.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. Is the health of older and younger adult in Brazil similarly affected by socioeconomic circumstances?: a study using data from national household survey Pnad/98. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 13-824, 2002.

LIMA-COSTA, M.F et al. Situação sócio-econômica e saúde entre brasileiros idosos em comparação aos mais jovens. In: WORKSHOP ON SOCIAL AND GENDER INEQUALITIES IN HEALTH AMONG THE ELDERLY IN BRAZIL, 1., 2002, Ouro Preto. [Anais...] Ouro Preto: [s.n.], 2002a. p. 49-69

MACHADO, L. Vozes Ignoradas: percepções sobre violência contra idosos. In: WORKSHOP ON SOCIAL AND GENDER INEQUALITIES IN HEALTH AMONG THE ELDERLY IN BRAZIL, 1., 2002, Ouro Preto. [Anais...] Ouro Preto: [s.n.], 2002. p. 97-102.

MACHADO, L. et al. Elder abuse: a new challenge in Brazil. In: WORLD CONGRESS ON GERONTOLOGY, 16., 1997, Adelaide, Austrália. [Anais...]. Adelaide, [s.n.], 1997.

MALAGUTTI, A.O. *Delegacia do idoso no âmbito da segurança pública*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003. Nota técnica.

MENEZES, M.R. *Da violência revelada à violência silenciada*. 1999. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MINAYO, M.C.S. Prevenção de acidentes e violências contra idosos: uma meta necessária. In: WORKSHOP ON SOCIAL AND GENDER INEQUALITIES IN HEALTH AMONG THE ELDERLY IN BRAZIL, 1., 2002, Ouro Preto. [Anais...] Ouro Preto: [s.n.], 2002. p. 103-110.

———. Violência contra idosos no Brasil: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR., C. E. *Antropologia, envelhecimento e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

———. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M.C.S. & COIMBRA Jr., C.E. (Orgs.). *Antropologia, envelhecimento e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002a. p.11-24

- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: ——. (Org.). *Violência sobre o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.223-242
- MOTTA, A. B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 37-50.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de ação internacional para o envelhecimento*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
- ORTMAMN, C. et al. Fatal neglect of the elderly. *Journal of Legal Medicine*, [S.l.], v. 114, n. 3, p. 191-193, 2001.
- PAVLIK, V. N. et al. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults: analysis of statewide database. *American Journal of Geriatric Society*, [S.l.], v. 49, n. 1, p. 45-48, 2001.
- PAYNE, F. J. et al. Falls Among the elderly: a "Community Prevention Program". *American Journal of Public Health*, v. 82, n. 6, p. 892-894, 1992.
- PEIXOTO, C. Entre os estigmas e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. M. L. (Org.). *Velhice ou terceira idade?: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p. 69-84.
- RAMOS, L.R. Envelhecimento populacional: um desafio para o envelhecimento em saúde. In: WORKSHOP ON SOCIAL AND GENDER INEQUALITIES IN HEALTH AMONG THE ELDERLY IN BRAZIL, 1., 2002, Ouro Preto. [Anais...] Ouro Preto: [s.n.], 2002. p. 85-96.
- REAY, A. M.; BROWNE, K. D. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging Mental Health*, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 56-62, 2001.
- RIFFIOTIS, T. O ciclo vital contemplado: a dinâmica dos sistemas etários em sociedades negro-africanas. In: BARROS, M. M. L. (Org.). *Velhice ou terceira idade?: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p. 27-35.
- SANMARTIN, R. et al. Violência doméstica: prevalência de suspeita de maltrato a ancianos. *Atención primaria*, [S.l.], v. 27, n. 5, p. 331-334, 2001.
- SIJUWADE, P. O. Cross-cultural perspective on Elder abuse as a family dilemma. *Social Behavior and Personality*, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 247-251, 1995.
- SILVA, J. E. Disputa por bens gera violência a idoso. *A Notícia, Joinville*, 12 set. 2000. Disponível em <<http://an.uol.com.br/2000/set/12/0pai.htm>>. Acesso em: 05 fev. 2004.
- SIMMONS, L. W. *The role of the aged in primitive society*. New Heaven: Yale University Press, 1945.

SOUZA, E. R. et al. O Idoso sob o olhar do outro. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 191-209.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA. Mortalidade por causas externas em idosos no Brasil, Estados e Regiões Metropolitanas. *Boletim CLAVES/CENEPI*, [S.l.], n.1, 2001.

SOUZA, E. R.; FORTUNA, F. F. P.; PEREIRA, M. C. Extremo da vida sob a mira da violência: mortalidade de idosos no Estado do Rio de Janeiro. *Gerontologia*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 66-73,1998.

UCHOA, E. et al. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.25-36.

VERAS, R.P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

WILLIANSO, G. M.; SHAFFER, D. R. Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now - the family relationship in late life project. *Psychology Aging*, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 217-226, 2001.

WOLF, R. S. Maltrato en ancianos. In: ANZOLA PEREZ, E. (Org.). *Atención de los ancianos: un desafío para los noventa*. Washington: OPAS, 1995. p.35-42.

Anexo 5

Tabela 37. Distribuição proporcional das internações hospitalares em idosos por causas externas segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Faixas Etárias | Homens | | Mulheres | |
|----------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | Nº | % | Nº | % |
| 60 a 69 | 21764 | 50,9 | 18257 | 36,5 |
| 70 a 79 | 13434 | 31,4 | 17389 | 34,8 |
| 80+ | 7585 | 17,7 | 14367 | 28,7 |
| Total | 42783 | 100 | 50013 | 100 |

Tabela 38 - Taxas de mortalidade por causas externas em idosos. Capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Porto Velho | 194,91 | 282,17 | 149,09 | 248,47 | 184,26 | 70,75 | 138,83 | 153,79 | 218,43 | 272,29 |
| Rio Branco | 153,33 | 150,94 | 113,26 | 121,09 | 138,53 | 109,75 | 160,75 | 170,03 | 119,11 | 80,03 |
| Manaus | 135,11 | 137,42 | 122,21 | 123,84 | 175,21 | 115,52 | 127,72 | 134,11 | 110,27 | 86,72 |
| Boa Vista | 213,81 | 162,67 | 192,83 | 203,06 | 195,07 | 284,80 | 214,09 | 278,26 | 186,50 | 194,58 |
| Belém | 114,05 | 85,40 | 72,01 | 69,05 | 71,55 | 113,11 | 103,50 | 100,99 | 95,91 | 72,02 |
| Macapá | 162,21 | 84,47 | 149,09 | 250,40 | 128,32 | 148,11 | 107,62 | 164,42 | 127,81 | 127,59 |
| Palmas | 0,00 | 128,87 | 0,00 | 196,66 | 289,86 | 101,06 | 131,29 | 196,70 | 142,81 | 134,37 |
| São Luís | 145,07 | 124,31 | 85,52 | 112,43 | 130,33 | 102,00 | 108,79 | 136,50 | 110,94 | 90,88 |
| Teresina | 81,12 | 87,21 | 92,24 | 113,04 | 105,46 | 102,41 | 105,87 | 111,85 | 104,81 | 110,27 |
| Fortaleza | 98,48 | 90,37 | 117,24 | 99,83 | 118,51 | 98,82 | 117,18 | 91,57 | 116,81 | 83,63 |
| Natal | 182,16 | 144,49 | 108,39 | 88,53 | 109,55 | 111,06 | 134,18 | 109,43 | 115,92 | 120,85 |
| João Pessoa | 89,09 | 103,25 | 97,86 | 139,92 | 114,59 | 96,42 | 48,31 | 71,10 | 74,42 | 65,75 |
| Recife | 130,76 | 113,11 | 162,33 | 134,35 | 127,43 | 145,93 | 134,32 | 129,92 | 118,78 | 108,59 |
| Maceió | 193,68 | 160,35 | 153,71 | 143,62 | 118,75 | 123,09 | 114,70 | 131,47 | 121,75 | 89,11 |
| Aracaju | 155,65 | 279,20 | 132,68 | 245,04 | 178,78 | 185,97 | 84,28 | 104,95 | 128,69 | 86,52 |
| Salvador | 127,44 | 119,88 | 113,31 | 141,17 | 113,25 | 138,58 | 153,18 | 143,36 | 151,49 | 116,34 |
| Belo Horizonte | 144,67 | 146,63 | 149,18 | 140,90 | 142,00 | 136,92 | 155,24 | 165,53 | 136,13 | 97,28 |
| Vitória | 232,76 | 199,60 | 219,98 | 185,49 | 172,45 | 157,58 | 165,75 | 173,98 | 173,03 | 114,75 |
| Rio de Janeiro | 136,62 | 127,64 | 158,56 | 150,95 | 150,45 | 164,78 | 145,42 | 144,14 | 151,58 | 125,59 |
| São Paulo | 126,17 | 115,96 | 128,69 | 115,57 | 115,23 | 113,65 | 120,01 | 108,08 | 112,76 | 96,28 |
| Curitiba | 152,20 | 160,16 | 165,17 | 164,98 | 131,45 | 149,77 | 124,23 | 108,86 | 121,39 | 95,05 |
| Florianópolis | 91,12 | 83,41 | 123,11 | 106,14 | 134,52 | 69,70 | 174,02 | 113,12 | 107,30 | 86,76 |
| Porto Alegre | 128,53 | 116,69 | 109,93 | 124,68 | 110,56 | 103,64 | 97,34 | 100,91 | 86,54 | 81,60 |
| Campo Grande | 207,55 | 161,23 | 154,99 | 171,06 | 232,53 | 204,22 | 200,67 | 133,80 | 152,37 | 136,89 |
| Cuiabá | 182,91 | 175,95 | 200,82 | 174,22 | 174,14 | 136,39 | 138,66 | 177,67 | 157,19 | 138,69 |
| Goiânia | 179,45 | 166,16 | 200,02 | 206,30 | 229,39 | 133,48 | 142,19 | 164,98 | 157,78 | 112,88 |
| Brasília | 211,82 | 181,67 | 189,28 | 210,50 | 213,81 | 193,06 | 176,92 | 131,76 | 145,29 | 124,96 |

Tabela 39. Mortalidade por causas externas em idosos, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 60-69 | 5164 | 5033 | 5379 | 5350 | 5652 | 5998 | 5958 | 5852 | 5906 | 5821 |
| 70-79 | 3470 | 3388 | 3765 | 3677 | 3876 | 3980 | 4156 | 4039 | 4149 | 4150 |
| 80+ | 2538 | 2445 | 2728 | 2865 | 2869 | 2989 | 3096 | 3281 | 3384 | 3465 |
| Total | 11172 | 10866 | 11872 | 11892 | 12397 | 12967 | 13210 | 13172 | 13439 | 13436 |

Tabela 40. Taxas de mortalidade por causas externas em idosos, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 60-69 | 80,52 | 75,86 | 81,72 | 80,18 | 83,62 | 83,04 | 81,36 | 79,01 | 78,85 | 71,14 |
| 70-79 | 109,11 | 101,78 | 115,44 | 111,23 | 115,75 | 106,94 | 110,24 | 106,00 | 107,73 | 91,78 |
| 80+ | 224,67 | 200,34 | 235,52 | 244,03 | 241,27 | 205,61 | 210,34 | 220,61 | 225,23 | 189,13 |
| Total | 104,19 | 97,15 | 107,91 | 106,64 | 109,74 | 104,58 | 105,13 | 103,68 | 104,63 | 92,43 |

Tabela 41. Mortalidade por homicídios em idosos, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 60-69 | 682 | 652 | 693 | 665 | 770 | 818 | 788 | 838 | 890 | 906 |
| 70-79 | 258 | 234 | 273 | 275 | 280 | 295 | 343 | 307 | 339 | 348 |
| 80+ | 136 | 76 | 96 | 111 | 135 | 142 | 119 | 119 | 145 | 137 |
| Total | 1076 | 962 | 1062 | 1051 | 1185 | 1255 | 1250 | 1264 | 1374 | 1391 |

Tabela 42. Taxas mortalidade por homicídios em idosos, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| 60-69 | 10,63 | 9,83 | 10,53 | 9,97 | 11,39 | 11,32 | 10,76 | 11,31 | 11,88 | 11,07 |
| 70-79 | 8,11 | 7,03 | 8,37 | 8,32 | 8,36 | 7,93 | 9,10 | 8,06 | 8,80 | 7,70 |
| 80+ | 12,04 | 6,23 | 8,29 | 9,45 | 11,35 | 9,77 | 8,08 | 8,00 | 9,65 | 7,48 |
| Total | 10,03 | 8,60 | 9,65 | 9,42 | 10,49 | 10,12 | 9,95 | 9,95 | 10,70 | 9,57 |

Tabela 43. Mortalidade por suicídio em idosos, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|
| 60-69 | 455 | 401 | 383 | 436 | 508 | 487 | 547 | 566 | 515 | 539 |
| 70-79 | 260 | 230 | 260 | 281 | 303 | 292 | 311 | 309 | 284 | 336 |
| 80+ | 88 | 81 | 84 | 102 | 110 | 103 | 124 | 147 | 125 | 124 |
| Total | 803 | 712 | 727 | 819 | 921 | 882 | 982 | 1022 | 924 | 999 |

Tabela 44. Taxas de mortalidade por suicídio em idosos, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 60-69 | 7,10 | 6,04 | 5,82 | 6,53 | 7,52 | 6,74 | 7,47 | 7,64 | 6,88 | 6,59 |
| 70-79 | 8,18 | 6,91 | 7,97 | 8,50 | 9,05 | 7,85 | 8,25 | 8,11 | 7,37 | 7,43 |
| 80+ | 7,79 | 6,64 | 7,25 | 8,69 | 9,25 | 7,09 | 8,42 | 9,88 | 8,32 | 6,77 |
| Total | 7,49 | 6,37 | 6,61 | 7,34 | 8,15 | 7,11 | 7,82 | 8,04 | 7,19 | 6,87 |

Tabela 45. Taxas de mortalidade por acidente de trânsito em idosos, segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 60-69 | 29,22 | 27,04 | 28,44 | 28,34 | 31,28 | 31,73 | 31,12 | 28,02 | 26,54 | 23,44 |
| 70-79 | 38,21 | 33,01 | 34,83 | 34,58 | 40,79 | 36,73 | 37,85 | 33,72 | 32,85 | 27,22 |
| 80+ | 42,14 | 32,28 | 35,48 | 41,40 | 46,17 | 42,03 | 39,13 | 36,58 | 36,14 | 29,69 |
| Total | 33,25 | 29,39 | 31,08 | 31,56 | 35,67 | 34,44 | 34,08 | 30,73 | 29,55 | 25,41 |

Tabela 46. Mortalidade por causas externas em idosos segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Faixas Etárias | Masculino | Feminino |
|----------------|-------------|-------------|
| 60-69 | 4520 | 1301 |
| 70-79 | 2733 | 1417 |
| 80+ | 1631 | 1834 |
| Total | 8884 | 4552 |

Tabela 47. Proporção de mortalidade por causas externas em idosos segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Faixas Etárias | Masculino | Feminino |
|----------------|--------------|--------------|
| 60-69 | 50,9 | 28,6 |
| 70-79 | 30,8 | 31,1 |
| 80+ | 18,4 | 40,3 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Tabela 48. Taxas de mortalidade por causas externas em idosos segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Faixas Etárias | Masculino | Feminino |
|----------------|---------------|--------------|
| 60-69 | 119,18 | 29,64 |
| 70-79 | 135,98 | 56,41 |
| 80+ | 223,01 | 166,61 |
| Total | 135,97 | 56,88 |

6

Edinilsa
Ramos de
Souza

Maria Luiza
Carvalho
de Lima

João Paulo
Costa da Veiga

Violência interpessoal

homicídios e agressões

Introdução

Na maioria das sociedades contemporâneas, o crescimento da violência vem sendo objeto de reflexão de pesquisadores da saúde coletiva. As mais diversas teorias explicativas e técnicas metodológicas têm sido utilizadas na perspectiva de esclarecer o problema em termos de sua magnitude e impacto de sua prevalência e incidência. Parte-se do princípio de que é preciso compreender seus determinantes em nível coletivo e subjetivo e identificar grupos e populações de risco, contribuindo assim para o controle dos processos e dinâmicas geradoras do fenômeno, considerado por alguns como a epidemia da modernidade.

Estimativas da Organização Mundial da Saúde para o ano 2000 mostram que 1,6 milhões de pessoas, no mundo inteiro, morreram como resultado da violência. Destas, 10% foram a óbito por violência interpessoal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE apud SOUZA et al., 2003). A OMS (2002) revela que, nos países da África e das Américas, a mortalidade por homicídio é quase três vezes maior que as taxas de suicídio, enquanto, na Europa e sudeste da Ásia, os índices de suicídio ultrapassam em duas vezes os de homicídios. A taxa estimada de suicídio para 2000 foi de 19,1 por cem mil habitantes e a de homicídio, 8,4 por cem mil na região européia. No sudeste da Ásia, há uma elevada taxa de suicídio de 12 por cem mil habitantes, enquanto a de homicídio é de 5,8 por cem mil. No Pacífico Ocidental, as taxas de suicídio chegam a ser seis vezes mais elevadas que as de homicídio.

As taxas de mortalidade por violência no Brasil, entre 1990 e 2000, estão mais próximas às da Colômbia (país que enfrenta há vários anos graves crises sociais e conflitos por causas políticas e do narcotráfico) e às da região africana, cujos países, na sua maioria, apresentam alto déficit social. Nesses últimos, a violência social, como em vários países da América Latina, constitui grave problema da contemporaneidade.

O objetivo deste texto é efetuar uma reflexão sobre homicídios e agressões. Ou seja, sobre a violência interpessoal que se expressa na forma de atentado contra a vida do outro, a violência heteroinfligida. Nele é apresentado um perfil epidemiológico do problema, visando a identificar áreas de maior risco, grupos populacionais mais vulneráveis e fatores que contribuem para sua incidência e prevalência no País. Realiza-se um esforço de compreensão das determinações e circunstâncias dessa forma de violência na realidade brasileira e, finalmente, discutem-se medidas preventivas.

1. Limitações nas informações sobre homicídios

Na década de 80, os homicídios eram responsáveis por 19% das mortes por causas externas no Brasil. Essa proporção alcançou os 30% na década de 90 (JORGE; GOTLIEB, 2000; MINAYO et al., 2001, 2003) e 38,3% em 2000. Estudos mostram que para cada homicídio de jovem há 20 ou 40 vítimas, nesse grupo social, sofrendo agressões e outras violências não fatais e recebendo tratamento hospitalar (MINAYO et al., 2003a).

Os dados gerais assinalados anteriormente, no entanto, podem estar subestimados por causa de várias limitações na construção das informações sobre homicídios. No Brasil, de acordo com o art. 262 do Código do Processo Penal, todas as mortes suspeitas ou decorrentes de causas externas devem ter a declaração de óbito fornecida por perito legista após necropsia (JORGE et al., 2002). Ocorre que o esclarecimento da causa básica do óbito¹ nem sempre é feito corretamente em alguns estados e capitais do País. São várias as hipóteses que buscam explicar os motivos dessa ausência de esclarecimento.

Uma delas se refere às precárias condições de trabalho hoje existentes nos Institutos Médicos-Legais (IML) do País, o que dificulta ou mesmo impede a realização de necropsias adequadas. Outra, diz respeito à falta de integração entre os diferentes setores da polícia. Geralmente essa descoordenação interrompe o fluxo de informação que é gerado entre a notificação da ocorrência do óbito pela delegacia de polícia, o envio do corpo para necropsia e de materiais (cartuchos de balas, frascos de remédios, etc.) e formulários elucidativos para os outros setores especializados do IML.

Existem ainda questões de ordem cultural que interferem em decisões pessoais, como o incômodo que o médico atestante sente ao ter que se apresentar para depor nos processos judiciais, no caso de haver declarado um óbito por homicídio ou por ter que atestar uma morte por suicídio quando discorda, por motivos filosóficos ou religiosos, que alguém possa ter atentado contra a própria vida.

Essas questões são bastante complexas, pois envolvem instituições de diferentes setores da sociedade e com distintos interesses no esclarecimento da causa da morte. Técnicos da saúde precisam da causa básica esclarecida para identificar o perfil epidemiológico da mortalidade do País e, assim, fundamentar medidas e ações de prevenção. Por sua vez, médicos-legistas do IML (que é uma instituição ligada ao setor de segurança pública) alegam que não podem determinar a causa da morte, pois isso significa definir sua causa jurídica antes que sejam concluídas todas as investigações. Como tais investigações, em geral, avançam muito vagarosamente ou sequer são feitas, as mortes por acidentes e violência do País ficam sem o devido esclarecimento (MINAYO; SOUZA, 1993).

No que se refere à morbidade, não existem sistemas nacionais de registro voltados para os atendimentos às causas externas em nível ambulatorial. O conhecimento que se tem está limitado às internações hospitalares (portanto, aos casos mais graves), para as quais existe um conhecido sub-registro do tipo específico de problema que gerou a hospitalização, tendo em vista que apenas se notifica a natureza da lesão, objeto do cuidado médico.

Os efeitos de tais falhas na descrição das informações sobre homicídios são bastante nefastos do ponto de vista epidemiológico, gerando o sub-registro da mortalidade e o desconhecimento das circunstâncias da morbidade, o que prejudica o planejamento de medidas preventivas no setor Saúde, na área de Segurança ou no uso de informações por quaisquer grupos sociais.

¹ A Organização Mundial de Saúde define como causa básica a doença que iniciou a sucessão de eventos e levou diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

Portanto, é preciso relativizar as informações aqui apresentadas e entendê-las como uma aproximação à realidade que, em alguns locais do País, será mais fidedigna do que em outros.

2. Panorama epidemiológico dos homicídios e agressões no Brasil

O número de homicídios no Brasil, registrados pelo Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM), passou de 30.745 em 1991 para 45.343 em 2000. Isso representa um aumento de 50,2%, bem superior ao incremento da população que foi de 15,6% no mesmo período.

Na década de 90, houve 369.068 homicídios. As mortes masculinas apresentaram um crescimento nítido e gradual ao longo dos anos. Representaram, em média, 91,2% do total, com taxa média de 43,3 por cem mil habitantes, tendo crescido 28,8% no período. A chance de ocorrer um homicídio no sexo masculino, em 2000, foi 11 vezes maior do que no sexo feminino (gráfico 1). Já as mulheres constituíram em média 8,7% desses eventos fatais, com taxa média de 4 por cem mil e crescimento de 16,2%, no mesmo ano. Para o conjunto da população, a taxa média entre 1991 e 2000 foi de 23,4 e o incremento foi de 27,8%. O crescimento dos homicídios foi da ordem de 48% na faixa dos 15 aos 24 anos.

A sobremortalidade masculina encontrada no Brasil segue um padrão internacional, embora a sua magnitude seja maior do que a dos Estados Unidos, por exemplo, país em que a criminalidade violenta também é bastante elevada. Nesse país, em 1996, os homens tinham uma chance de 3,6 vezes maior do que as mulheres de serem vítimas de homicídio (WAISELFISZ, 2000).

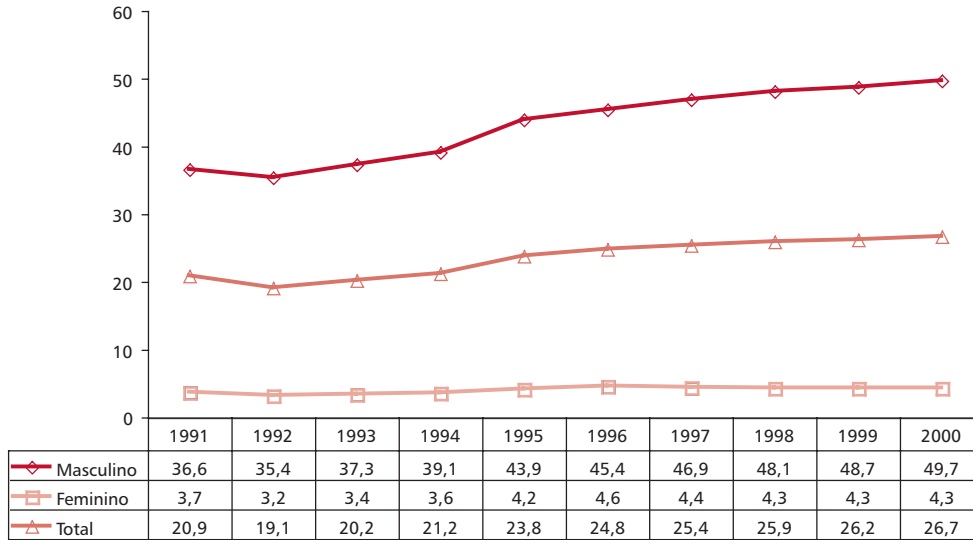
O homicídio foi a causa que mais contribuiu para o crescimento da mortalidade por violências e acidentes no País. No período de 1980 a 1996, as mortes por essa causa cresceram 102% e, a partir da década de 80, ultrapassaram o número de óbitos por acidentes de trânsito (JORGE et al., 1997; PAIM et al., 1999; MINAYO, 1990; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1999). Isso se pode ver para o ano 2000, por exemplo, em que os homicídios representaram 34,3% dos acidentes e violências, e a mortalidade no trânsito, 25,6%. Em quatro das cinco regiões do País, eles foram a principal causa externa de óbito, com exceção da Região Sul, onde os acidentes de trânsito ocuparam a primeira posição.

Quando se considera a distribuição das taxas de homicídio, por sexo e faixa etária (gráfico 2), observa-se maior incidência na faixa etária jovem, dos 15 aos 39 anos, sendo a fase crítica dos 20 aos 24 anos de idade.

Ao longo do período analisado, foram 60.147 homicídios na faixa dos 0 aos 19 anos e 139.523 na faixa dos 20 aos 29 anos. A magnitude desses números explica a baixa na pirâmide populacional observada no último censo demográfico em relação à população masculina jovem. Essa defasagem na proporção entre homens e mulheres é um fenômeno típico de países em guerra. As altas taxas de homicídio explicam ainda o pequeno ganho em esperança de vida por parte da população masculina quando comparada à população feminina.

Gráfico 1.

Taxas de mortalidade por homicídio segundo sexo. Brasil, 1991 a 2000

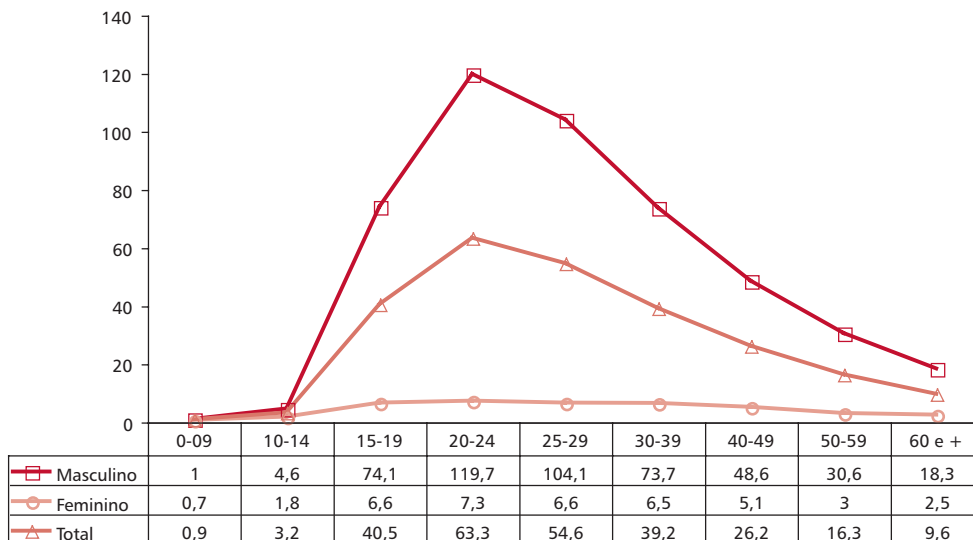


FONTE: SIM/Datasus

A sobremortalidade masculina por homicídios sobressai exatamente a partir da faixa dos 15 aos 19 anos (JORGE, 1998; SOUZA et al., 1997), indicando, fortemente, questões culturais nos papéis de gênero que impelem os adolescentes homens a assumirem atitudes e comportamentos de maior exposição e vulnerabilidade (MINAYO, 1990). Em 2000, 38,1% das mortes de jovens de 15 a 24 anos de idade se deveram a essa causa. Esse impressionante salto na magnitude da mortalidade por homicídio a partir dos 15 anos pode ser exemplificado nas taxas para o ano 2000: elas são de 3,2 por cem mil habitantes na faixa dos 10 aos 14 anos, e sobem para 40,5 na faixa etária seguinte, evidenciando, nesse grupo, um risco 12,7 vezes maior de morte. Em vários estados, como São Paulo, Pernambuco e Rio de Janeiro, os homicídios foram causa de mais da metade dos óbitos juvenis durante esse mesmo ano. Tal situação é ainda mais grave nas capitais onde a maioria das mortes juvenis (44,4%) é resultante de homicídios.

Gráfico 2.

Taxas de mortalidade por homicídio segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2000



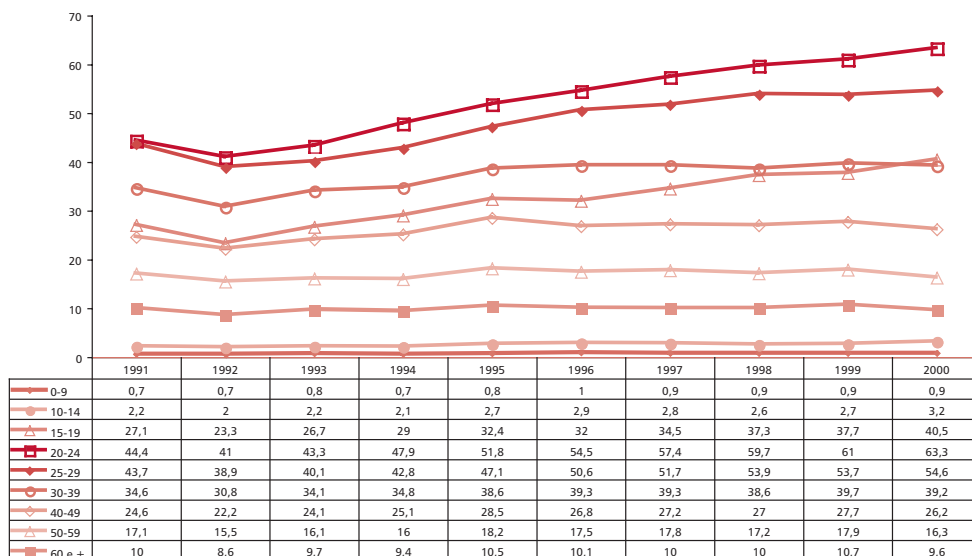
FONTE: SIM/Datasus

Examinando-se a evolução das taxas de homicídio por faixa etária no Brasil, no período de 1991 a 2000, constata-se que houve crescimento em todos os grupamentos etários. Apesar dos adultos jovens de 20 a 39 anos apresentarem a maior magnitude, é nos segmentos de adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos que ocorreram maior crescimento. Quando comparado o ano de 1991 ao de 2000, no primeiro grupo o aumento foi de 45,5% e de 49,4% no segundo (gráfico 3).

Nesse mesmo período, o homicídio constituiu a primeira causa externa de morte em Pernambuco, Alagoas, Paraíba e Sergipe na Região Nordeste; em todos os estados da Região Norte, exceto em Tocantins. No entanto, nesse último, se registra, na década, o maior incremento da taxa de mortalidade por arma de fogo da região (110%), passando de 5,2 para 11 por cem mil habitantes. O homicídio também ocupou o primeiro lugar na mortalidade por causas externas no Rio de Janeiro, em São Paulo e no Espírito Santo, na Região Sudeste, e em todos os estados da Região Centro-Oeste, com exceção de Goiás, onde se apresenta na segunda posição, abaixo dos acidentes de trânsito. Foi, também, a segunda causa externa de morte no Rio Grande do Sul e a terceira no Paraná, em Santa Catarina e em Minas Gerais (PERES, 2004).

Gráfico 3.

Taxas de mortalidade por homicídio segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000



FONTE: SIM/Datasus

Comparando-se os coeficientes de homicídio por cem mil habitantes entre as diferentes capitais do Brasil (gráfico 4), observa-se que as maiores taxas foram registradas nas capitais das regiões Sudeste (47,7) e Centro-Oeste (39,6), sendo as mesmas 39,9% e 16,1% maiores, respectivamente, do que a taxa do conjunto de capitais do País na última década. Nessas últimas, a taxa média foi de 34,1 por cem mil habitantes. Nas regiões Nordeste e Sul, as taxas médias de homicídio são inferiores à média das capitais do Brasil, sendo 19,1% e 39,3%, respectivamente. Esses dados refletem diferenciais intra-regionais e sugerem indagações sobre a dinâmica específica das manifestações da violência na sociedade brasileira segundo áreas geográficas.

Em Pernambuco, por exemplo, as taxas de homicídios revelaram um crescimento diferenciado na capital e no seu entorno, entre as décadas de 80 e 90. Nos anos 80, houve crescimento mais elevado (390%) nas taxas de morte por essa causa em Recife; já na década de 90, o maior incremento ocorreu na região metropolitana (68,5%), sugerindo um processo de interiorização e de exacerbação da violência (LIMA et al., 2002).

Gráfico 4.

Taxas médias de homicídios nas capitais das regiões do Brasil e diferenças em relação à taxa média da região, 2000



FONTE: SIM/Datasus

Estudo de Waiselfisz (2000), considerando exclusivamente as capitais dos estados, revelou que, nesses complexos espaços sociais, o aumento do número de homicídios é muito mais relevante que o ocorrido no País como um todo. Os dados aqui analisados também comprovam essa importância das capitais na produção da violência interpessoal que tem como resultado a morte. Em 1991, a proporção de homicídios nas capitais era de 32,4% em relação ao conjunto das causas externas, passando para 47,8% em 2000. Isso representou um aumento de 47,5% na década contra 27,2% para todo o País. A intensificação dos homicídios em algumas de suas capitais elevou em 90,6% as taxas de mortalidade por essa causa na Região Nordeste ao longo da década. Esse crescimento nas capitais do Centro-Oeste também refletiu no aumento das taxas gerais da região em 75,7% no período, e, no mesmo sentido, na Região Sul, isso significou 67,5% de incremento.

As capitais com as maiores taxas de homicídio em 2000 foram: Porto Velho, Recife, Vitória, Cuiabá, São Paulo e Rio de Janeiro. Diferente dos estados cujas posições relativas na década passaram por poucas alterações, nas capitais observa-se uma movimentação intensa e mudanças significativas, que podem indicar transformações nos focos dinâmicos da violência que, pelas evidências empíricas detectadas, localizam-se principalmente nas grandes áreas urbanas.

O maior crescimento e concentração dos homicídios entre adolescentes e adultos jovens, no Brasil, faz que essa seja a principal causa de anos potenciais de vida perdidos (APVP), o que corresponde a uma média de 30 a 40 anos em relação à expectativa de vida (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998).

As variações no perfil das principais causas de APVP nas grandes regiões do País, em 1997, com exceção da Região Sul, revelam que os homicídios apresentam as maiores taxas (BRASIL, 2000), constituindo um indicador sensível dos níveis de violência e mesmo da qualidade de vida da população brasileira. Portanto, ademais de seus aspectos sociais, a magnitude e a evolução crescente dos homicídios evidenciam esse fenômeno como um dos principais problemas de saúde pública.

O impacto da violência social no País também se faz sentir nos atendimentos dos serviços de saúde às suas formas não letais. Assim, considerando a rede própria e conveniada do Sistema Único de Saúde (SUS) e excluindo os atendimentos nas emergências hospitalares, o Brasil teve, no ano de 2000, 34.132 internações hospitalares por agressões, o que corresponde a 5,4% de todas as hospitalizações por causas externas e uma taxa de internação de 0,20 por mil habitantes. Dessas, 7,1% foram de crianças menores de 14 anos; 35,2% de jovens de 15 aos 24 anos; 37,1% de adultos jovens na faixa dos 25 aos 39 anos; 16,6% no grupo dos 40 aos 59 anos e, finalmente, 4% no grupo de pessoas com 60 anos ou mais. O sexo masculino respondeu por 84,5% das hospitalizações. Tais dados refletem o mesmo padrão da violência por homicídio, ou seja, são os homens adolescentes e adultos jovens os que sofrem mais lesões e traumas, sejam eles fatais ou não.

O tempo médio de permanência das pessoas em internações por agressão, no ano 2000, foi de seis dias para o conjunto da população, 6,1 para homens e 5,6 dias para mulheres. Essa média de permanência é mais longa do que as observadas nas grandes regiões do País para todas as lesões e envenenamentos cujo tempo médio mais elevado foi de 5,6 dias no Centro-Oeste.

A taxa de mortalidade hospitalar foi de 5,4 por cem internações para o total da população, 5,7 entre os homens e de 3,8 na população feminina. De modo geral, a partir dos 30 anos de idade essa taxa foi crescente em ambos os sexos e na população como um todo.

Os três principais meios de perpetrar agressão que levaram à internação são: (a) arma de fogo, com a taxa de 0,067 por mil habitantes e a proporção de 33,2% de todas as hospitalizações; (b) objetos cortantes e penetrantes, com taxa de 0,053 e a proporção de 26,4%; e (c) força física, 0,030 e 14,8%, respectivamente. As agressões por arma de fogo foram responsáveis pela causa de internação com maior taxa de mortalidade hospitalar (9,7 por cem internações) e o maior custo (R\$ 892,38). Esse custo é 34,4% mais elevado que o devido a todas as outras formas de agressão. Tal é o grau de letalidade e gravidade dos danos provocados por armas de fogo que os médicos brasileiros dos serviços de emergência hospitalar acabaram por se especializar em atendimentos típicos de situações de confronto bélico.

No ano 2000, duas capitais, Palmas e Vitória, se evidenciaram por ter as mais elevadas taxas de internação hospitalar por agressão (3,81 e 1,53 por mil habitantes, respectivamente). São Luís (0,00), Recife (0,01), Boa Vista (0,02) e Belém (0,07) apresentaram as menores taxas. Em Recife e no Rio de Janeiro, localizaram-se os mais elevados tempos médios de permanência hospitalar (15,3 e 16,7 dias, respectivamente). Em Maceió e Cuiabá, ocorreram as maiores taxas de mortalidade hospitalar por agressão (11,2 e 18 por cem internações). À guisa de comparação, a região que apresentou a mais elevada mortalidade hospitalar por todas as lesões e envenenamentos do País, em 2000, foi o Nordeste com a taxa de 2,6 por cem internações, o que representa um valor bem abaixo dos observados nas internações por agressão em algumas capitais (MINAYO; SOUZA, 2002).

O custo médico total com hospitalização por agressão, em 2000, chegou a R\$ 663,75. Para os homens, esses valores foram maiores (R\$ 687,54) e, para as mulheres, os atendimentos custaram R\$ 534,45. É importante ressaltar que os custos das internações por lesões e envenenamentos em geral no Brasil, em 2000, corresponderam a R\$ 505,52, sendo 28,5% mais elevado que o das internações por todas as outras causas que corresponderam a R\$ 393,27. Porém, eles foram inferiores aos valores com os cuidados referentes ao tratamento das lesões e dos traumas por agressões.

As informações sobre internações, analisadas neste texto, propiciam algumas indagações e reflexões. Uma é a curiosa situação de Recife que possui as mais elevadas taxas de mortalidade por violência no País e baixas taxas de internação por essa causa. Isso pode estar indicando a intensidade e severidade com que as agressões são cometidas, levando à morte imediata sem que as vítimas sequer cheguem a receber cuidados médicos. A hipótese acerca da gravidade das agressões é reforçada pelos dados que mostram elevado tempo médio de permanência das vítimas nos hospitais dessa capital.

Outro ponto importante seria indagar porque Curitiba (R\$ 1.359,28) e em seguida Belo Horizonte (R\$ 994,67) apresentam os maiores custos de internação por agressão. Uma hipótese, dentre outras, aponta que essa informação reflete padrões diferenciados de atendimento nessas capitais. Outra é a subestimação dos custos com as hospitalizações por causas violentas em outros lugares, pois sabe-se que eles são muito mais elevados do que o das internações por outros problemas (MINAYO; SOUZA, 2002).

É importante ressaltar que, além dos custos médicos, existem outros de extrema relevância que raramente são considerados e calculados: os relacionados à perda de produção, aos processos judiciais, aos benefícios previdenciários, ao resgate e à remoção das vítimas, aos danos ao mobiliário público e à propriedade de terceiros, ao atendimento policial e de segurança pública e privada e ao impacto nas relações e na economia familiar. Pelos aspectos médicos e todos os outros, conclui-se que a violência interpessoal impacta dramaticamente a população brasileira e sobrecarrega o setor Saúde com uma crescente demanda por atendimento.

3. Arma de fogo: o grande fator de risco para o crescimento dos índices de violência interpessoal

De acordo com documento da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), estima-se que 2,3 milhões de mortes violentas no mundo envolveram armas de fogo, várias centenas de milhares tendo como resultado homicídios e suicídios, além dos óbitos em conflitos bélicos. Atualmente, não se pode falar de homicídio sem que venha à tona o envolvimento e a contribuição das armas de fogo que constituem um dos maiores mercados da economia global. Os dados sugerem que acima de 60% dos que ocorreram em áreas urbanas foram cometidos com o uso desses aparatos, o que induz os especialistas a considerá-los o mais relevante fator de risco para a morte violenta.

A partir de informações sobre 52 países com rendas alta e média, estima-se que cerca de 115.000 pessoas morreram por ferimentos causados por arma de fogo em um dos anos da década de 90. Desses óbitos, 79.000 (69%) foram homicídios e mais de 80% das mortes vitimaram homens, principalmente nas faixas de 15 aos 44 anos de idade.

As escassas informações acumuladas no Brasil não permitem calcular o número de pessoas que sofrem violência não fatal pelo uso de armas de fogo. Nos Estados Unidos, para cada pessoa ferida e morta por esse meio, calcula-se que haja outras três tratadas com ferimentos não fatais provocadas por elas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Ainda de acordo com o documento da Organização Mundial da Saúde, existem diferenças na associação entre violência e armas de fogo nos países. Por exemplo: nos Estados Unidos e Canadá a maioria das mortes por esse meio são os suicídios, enquanto no Brasil, no México, na Colômbia e na Albânia seu uso principal ocorre na perpetração de homicídios. As proporções e taxas de homicídios com o emprego de armas de fogo variam de acordo com o nível de renda da população, sendo mais elevada nos grupos de baixa renda.

Nos anos 90, as armas de fogo mataram quase o mesmo número de pessoas que os acidentes de trânsito no Brasil²: Foram registrados 15.460 homicídios por arma de fogo em 1991 e 30.855 em 2000. Em termos proporcionais, o uso desses instrumentos nesses eventos fatais passou de 50,3% em 1991 para 68% em 2000, as taxas tendo crescido de 10,5 para 18,2 por cem mil habitantes. A contribuição das armas de fogo nas mortes por homicídio foi maior no Nordeste (sobretudo em Pernambuco) e no Sudeste do País (especialmente no Rio de Janeiro), onde ultrapassaram os acidentes de trânsito.

A grande importância desses instrumentos na dinâmica da violência interpessoal pode ser percebida, sobretudo, nos homicídios e nos óbitos que ocorrem em confrontos em que se associa a ação policial (intervenção legal). Na década de 90, o homicídio foi a principal causa de morte por arma de fogo no País, nas cinco regiões e em todos os estados, considerando-se tanto o sexo masculino como o feminino. Nesse período, 82,2% das mortes por arma de fogo ocorridas no Brasil foram homicídios, apenas 4,8% suicídios e 2% acidentes. Por essa razão, destacam-se os dados de mortalidade relativos às armas de fogo neste trabalho, tendo em vista que elas conformam o perfil dos homicídios no País.

No Amapá, na Paraíba, em Pernambuco, em Alagoas, no Espírito Santo e no Distrito Federal, a proporção de homicídios com arma de fogo foi superior a 90%. Em 17 dos 27 estados brasileiros, a maior parte desses crimes foi cometida pelo uso desse meio. Sete dos dez estados onde elas não predominaram situam-se nas regiões Norte e Nordeste. A diferença na contribuição das armas de fogo no quadro da violência reflete as diferentes dinâmicas sociais e culturais do País. As regiões Norte e Nordeste possuem extensas áreas rurais onde vivem indígenas e agricultores. Aí, tradicionalmente, os meios para atuar nos conflitos são armas brancas de uso nas atividades cotidianas, por isso de muito fácil acesso.

No País, o crescimento da taxa de mortalidade por armas de fogo, em todos os eventos fatais, foi de 38%, passando de 14 por cem mil habitantes em 1991, para 19,4 por cem mil habitantes em 2000. O incremento se deu em quatro das cinco grandes regiões do País, sendo exceção a Região Norte. As mais altas taxas encontram-se no Sudeste e Centro-Oeste.

² Os dados relativos ao Brasil utilizados nesta seção foram quase todos extraídos do relatório da pesquisa realizada por Peres (2004), no Núcleo de Estudos da Violência (NEV), da Universidade de São Paulo, em convênio com a Organização Mundial e Pan-americana da Saúde, o Small Arms survey, tendo o apoio do Ministério da Saúde do Brasil para sua publicação. Essa publicação se encontra em prelo. As autoras agradecem a Peres a disponibilização de seu trabalho.

Analisando-se as vítimas, existem diferenciais em termos de gênero e idade. O incremento maior foi em relação aos jovens nas faixas dos 15 aos 19 e dos 20 aos 29 anos. Esse crescimento na população masculina foi de 45% em todas as faixas de idade; de 66,8% nos grupos de 15 a 19 anos; de 50,6% no segmento de 20 a 29 anos e de 28,5% no de 30 a 39 anos. A taxa de mortes por esse meio refletiu-se também na população feminina, a elevação foi de 28,4% para todas as idades e de 42% na faixa dos 15 aos 19 anos; de 15,2% no grupo de 20 a 29 e 45% no segmento de 30 a 39 anos. Apesar do incremento de uso desse meio no homicídio de mulheres, a chance de um homem de 20 a 29 anos morrer por arma de fogo é quase 20 vezes maior que a de uma pessoa do sexo feminino na mesma idade.

Foi crescente a proporção de mortes por arma de fogo em quatro das grandes regiões do Brasil, com exceção da Norte. No Nordeste e no Sudeste, as mortes por arma de fogo superaram as relativas aos acidentes de trânsito. O maior incremento da contribuição proporcional dessa causa foi no Centro-Oeste (56,5%) e no Sudeste (56,6%). A população de 15 aos 19 anos foi o grupo que mais contribuiu para esse crescimento, sobretudo no Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste, quando comparado aos demais grupos de idade.

Quando se analisa a mortalidade por arma de fogo segundo os estados brasileiros, encontram-se o Maranhão e o Piauí com as mais baixas taxas do Nordeste, não excedendo a 5 por cem mil no total da população. Pernambuco, de 1991 a 1996, era o segundo estado com maiores taxas do País, ultrapassado apenas pelo Rio de Janeiro. A partir de 1997, passou a ocupar a primeira posição com taxas superiores a 40 por cem mil. Mas também no Rio de Janeiro, no Espírito Santo e em São Paulo a mortalidade por arma de fogo cresceu no período. O Rio de Janeiro apresenta a mais elevada taxa da Região Sudeste, cujos valores alcançam os 40 por cem mil óbitos por esse meio. No entanto, São Paulo apresentou o maior incremento da região (146%): suas taxas passaram de 10,5 para 25,8 por cem mil. Na região Sul, o Rio Grande do Sul lidera tendo as taxas mais altas. No Centro-Oeste, elas cresceram em todos os estados, porém, com mais intensidade no Mato Grosso (incremento de 371%), passando de 6,1 para 28,9. O Distrito Federal possuía as maiores taxas no início do período e continua a apresentar elevadas taxas na população masculina, ao longo do tempo.

Entre 1991 e 2000, as taxas de mortalidade por arma de fogo do Rio de Janeiro e de Pernambuco permaneceram no primeiro e segundo lugares em relação às dos demais estados. O Espírito Santo passou do sexto para o terceiro. Impressionante foi o aumento no Estado do Mato Grosso: sua posição na classificação passou do 20º para o quarto lugar e São Paulo subiu do 15º para o quinto lugar. Em contrapartida, o Rio Grande do Sul caiu da oitava para a 12ª posição e o Acre passou do quarto lugar para o 20º lugar.

Quando se analisam as capitais, observa-se que a proporção de mortes por arma de fogo cresceu em 22 das 26 capitais. Em 12 delas, a proporção foi mais elevada do que a observada para o Brasil. Considerando o conjunto da população, Cuiabá apresentou o maior crescimento proporcional, passando de 5,8% para 49%, ou seja, houve um incremento de 746%.

Em quatro capitais, João Pessoa, Maceió, Belo Horizonte e São Paulo, o incremento foi maior que 150%. Em Porto Alegre e Campo Grande, foi maior que 100%. Em Recife, armas de fogo foram responsáveis por 60% de todas as mortes violentas em 2000.

As taxas de mortalidade por armas de fogo cresceram em 19 das 26 capitais e decresceram em apenas sete (Rio Branco, Manaus, Belém, São Luís, Salvador, Rio de Janeiro e Goiânia). Na população masculina, elas cresceram em 19 capitais e, na população feminina, elas incrementaram em 14 dessas cidades.

O maior incremento da taxa de mortalidade ocorreu em Cuiabá (690%), que também teve a mais significativa mudança. Dentre as demais capitais, essa cidade situou-se na segunda posição em 2000, quando sequer aparecia no conjunto das cidades com mortes por essa causa em 1991. Palmas também apresentou elevado incremento (208%).

Recife e Vitória apresentam as maiores taxas no período de 1991 a 2000. O mesmo pode ser dito do Rio de Janeiro. Em Recife as taxas são hoje superiores a 55 por 100 mil habitantes desde 1997, sendo a mais alta em 1998 (67,6/100.000), sobretudo no grupo etário dos 20 aos 29 anos em que chegaram a superar os 300/100.000, sendo as mais altas do país nessa faixa de idade.

Cuiabá apresentou a segunda maior taxa (6,1 por 100 mil hab. em 1991, e 48,4 em 2000) e o Rio de Janeiro a terceira, diminuindo de 48,5 para 43,4 no período. Vitória é a quarta capital com taxas elevadas, especialmente de 1994 a 1999 quando se situou no segundo posto do país (68,4/100.000). Em seguida aparecem Porto Velho com a quinta maior taxa (35,4/100.000 em 2000) e São Paulo em sexta posição, com 165% de incremento em suas taxas.

O impacto da morbimortalidade violenta, ceifando a vida de pessoas tão jovens, no psiquismo e na vida de seus familiares, amigos e conhecidos ainda precisa ser mais e melhor investigado. Certamente, os jovens antes habituados à dor da perda de pessoas idosas, como seus avós, por exemplo, atualmente estão convivendo com a perda de parentes e amigos de sua mesma geração. O sofrimento provocado por essa experiência, assim como o significado da morte e o valor dado à vida, certamente passam por transformações, influenciando sua consciência de mundo.

É importante ressaltar que a distribuição da morbimortalidade por violência interpessoal além de apresentar diferenciais por gênero e faixa etária, também passa por influências étnicas e de classe social. Vários autores já apontaram que as vítimas preferenciais são homens e jovens, são negros ou descendentes dessa raça ou etnia; moradores das áreas periféricas e pobres das grandes cidades. Em geral possuem baixo ou nenhum grau de escolaridade e de qualificação profissional (Minayo & Souza, 1993). Constituem, portanto, uma parcela da população que se encontra excluída da participação e das decisões socioeconômicas e políticas da sociedade e, por isso mesmo, suas mortes não geram indignação. Ao contrário, costumam ser justificadas pelo estereótipo, ideologicamente criado, de que esse perfil corresponde ao do “bandido brasileiro”.

4. Diferenciações internas da configuração dos homicídios no Brasil

Ao tentar articular os processos determinantes aos dados do panorama epidemiológico, observa-se que o problema dos homicídios e das mortes por arma de fogo, apesar de fazerem parte da realidade social brasileira, em geral, apresenta especificidades quanto a sua evolução e magnitude entre as regiões, estados e capitais do País.

Os homicídios e as mortes por armas de fogo, bem como as internações nos serviços de saúde do País por agressões, predominam em alguns estados, como Pernambuco, Rio de Janeiro, Espírito Santo e São Paulo, e em capitais, como Recife, Vitória e Rio de Janeiro. Nesses locais, sobretudo a população jovem é mais vulnerável e vive sob maior risco de vir a ser ferida ou morrer por esses agravos.

Embora sob as mesmas determinações macrossociais, econômicas, políticas e culturais, existem singularidades conjunturais e nas dinâmicas que geram esses processos de violência nas diversas regiões, estados e capitais brasileiros que não podem ser explicados de forma generalista ou unicausal. Primeiro, porque essas unidades de análise são bastante heterogêneas do ponto de vista de sua realidade socioeconômica, política e cultural. Isso pode ser observado a partir da queda dos homicídios na Região Norte e, no entanto, elevados índices serem encontrados em Porto Velho e Palmas (cidades situadas nessa região). Segundo, porque cada uma dessas áreas do País possui dinâmicas e redes causais próprias que não podem ser reduzidas a uma única explicação. Desse modo, os homicídios que ocorrem na Região Norte, por exemplo, possuem especificidades completamente diferentes das que ocorrem na Região Sudeste. Da mesma forma, a dinâmica do conjunto da Região Norte não explica o crescimento dos homicídios em Porto Velho e em Palmas, cidades de fronteira que possuem, dentre outras características, complexos e graves problemas ligados à ocupação recente e à desativação de áreas de garimpo. Esses elementos geraram, em épocas áureas de extração mineral, a migração de elevadas parcelas de população masculina que, atualmente, se encontram desempregadas. São regiões onde ocorrem também sérios conflitos pela disputa de terras.

As situações da Região Norte, certamente, diferem das observadas no Nordeste, mais precisamente no Estado de Pernambuco, onde, de acordo com Lima (2003), o grande pano de fundo para a elevação dos índices de homicídio, além da pobreza relativa e extrema miséria que ocorrem no interior do estado, é a questão do plantio de maconha (SOUZA, 1995a; BRASIL, 1997), negócio altamente lucrativo defendido por armas. Sem contar os problemas de rixas antigas de famílias em determinadas cidades do interior, que persistem provocando homicídios e intimidações.

Continuando com o exemplo de Pernambuco, onde as taxas de homicídio são muito elevadas, Lima (2003) mostra que são diferentes as dinâmicas que incrementam as taxas no interior do estado e as que geram mortes violentas em Recife e em sua região metropolitana. Nessas áreas mais urbanizadas de Pernambuco, mesmo quando parte dos homicídios esteja ligada ao narcotráfico, existem outros fatores atuando como a formação de gangues de jovens, a existência de grupos de extermínio, a persistência da criminalidade comum, como latrocínio, dentre outras modalidades.

Na Região Sudeste, onde estão três das maiores taxas de homicídio do Brasil, cada estado apresenta sua especificidade, mas vários estudos apontam para a determinação do narcotráfico na geração de boa parte dos homicídios. Diferente de Pernambuco, na Região Sudeste, onde há a maior circulação da riqueza do País, as mortes violentas associadas ao narcotráfico ocorrem no comércio varejista de maconha e cocaína (BAPTISTA et al., 2000). Grande parte dos homicídios acontecem em confrontos de grupos pelo controle dos pontos de distribuição e venda dessas drogas e das gangues com policiais.

Diferente dos estados e capitais da Região Sudeste, concentradora de riqueza e detentora das maiores taxas de homicídios, as menores taxas de homicídio estão em Maranhão e Piauí, estados pobres e com pouco dinamismo econômico. É bem verdade que a má qualidade das informações geradas nesses estados podem estar contribuindo para subestimar a dimensão dos homicídios e das outras formas de violência.

A Região Centro-Oeste apresentou, junto com o Sudeste, as maiores taxas de homicídio do País. No Centro-Oeste, sobressai, nessa questão, o Estado de Mato Grosso e sua capital, Cuiabá. Essa última destaca-se pelos maiores incrementos nas taxas de mortalidade por homicídio na década. O pressuposto para esse fato relevante é também a dinâmica do narcotráfico, pois essa área serve como corredor para essa atividade criminosa. Por fazer fronteira com países vizinhos produtores de cocaína, alguns municípios da Região Centro-Oeste são usados como rota para transportar drogas para a Região Sudeste (onde se situam os principais aeroportos internacionais do País), que daí seguem para vários países do mundo.

Portanto, é preciso entender a onda crescente de homicídios e outras violências no contexto das desigualdades sociais e do crime organizado e globalizado no Brasil, mas também é preciso considerar diversidades, particularidades e características econômicas, políticas e culturais das regiões, estados e municípios.

5. Contexto explicativo dos homicídios no caso brasileiro

O aumento dos homicídios nas últimas décadas caracteriza, em termos de indicadores epidemiológicos, o estado endêmico de violência que a sociedade brasileira ao longo de mais de duas décadas vem sofrendo. Socioculturalmente evidenciam-se mudanças nas formas de relacionamentos, nos valores (sobretudo no que se refere ao valor da vida humana) e na percepção de mundo, exigindo-se uma reflexão aprofundada sobre o sentido desse fenômeno. Neste texto levantam-se algumas hipóteses explicativas que só podem ser aceitas se pensadas de forma inter-relacionada e dentro de uma visão de causalidade complexa.

(1) Aumento de homicídios e violência estrutural – o incremento dos homicídios parece refletir o aprofundamento da violência estrutural, decorrente de fatores macroeconômicos, macropolíticos e macrossociais que afetam toda a dinâmica da estrutura e do tecido social. As imensas desigualdades estruturais e sociais, inamovíveis há mais de 30 anos, acirradas pelas elevadas taxas de desemprego dos anos 90; a perda de poder aquisitivo da população ao longo dos últimos 20 anos, deteriorando a qualidade e as condições de vida; as dificuldades de acesso a serviços públicos, como hospital, escola e de justiça; a elevada densidade domiciliar; a ineficácia das instituições de segurança e de justiça; e o crescimento do mercado ilegal de drogas e de organizações criminosas são apontados por muitos estudiosos (PINHEIRO, 1995) como importantes determinantes relacionados ao crescimento da violência em geral e dos homicídios em particular no Brasil (MINAYO, 2003).

Reflete também transformações microssociais, inter-relacionais e subjetivas. Padilla (2003), analisando os efeitos da violência estrutural na saúde mental de rapazes de setores urbanos pobres do Peru, aponta para as intrincadas relações entre aspectos sociais e individuais no

equilíbrio psíquico, no sentimento de bem-estar e na participação da vida comunitária. Assim, segundo o autor, quando a necessidade de subsistência está pouco satisfeita, todas as outras necessidades acabam bloqueadas. Para ele, o desemprego crônico – que na realidade brasileira se expressa pela quase impossibilidade do jovem vir a se inserir no mercado de trabalho – perturba totalmente o sistema de provimento social das necessidades fundamentais das pessoas, fazendo-as se sentirem cada vez menos protegidas, gerando crises familiares e sentimentos de culpa que podem destruir as relações afetivas primordiais. A falta de participação dá lugar a sentimentos de isolamento e marginalização e a diminuição da auto-estima provoca crises de identidade. Dessa forma, diz:

Enfrentar só as conseqüências mais visíveis e imediatas da pobreza e da saúde, quando estas já produziram efeitos mais profundos em outras dimensões humanas, impossibilitando a participação sustentada dos sujeitos na busca de saídas que resolvam seus problemas, resulta num paliativo e não numa solução integral (PADILLA, 2003, p. 310).

As pesquisas que abordam os homicídios no Brasil são, na maioria, de cunho quantitativo e os fatores causais mais estudados são variáveis sociais, demográficas e econômicas das vítimas, na tentativa de explicar as diferenças entre taxas por cidades, por áreas metropolitanas e por estados. Os resultados desses estudos têm apontado uma relação dos homicídios com as condições de vida, destacando-se a significância dos indicadores de desigualdade social, embora essa relação nunca possa ser compreendida de forma unívoca e linear (BARATA et al., 1998; BARATA; RIBEIRO, 2000; BEATO FILHO, 1998; LIMA; XIMENES, 1998; MACEDO, 2001; SANTOS, 1999; SZWARCOWALD et al, 1999a; SZWARCOWALD; CASTILHO, 1998; CRUZ, 1996; NAJAR, 1997; ZALUAR et al., 1994; PARKER, 1989; PAIM et al., 1999; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1999). Alguns autores chamam a atenção para a associação dos homicídios com o tráfico de drogas (BEATO FILHO; REIS, 2000; BEATO FILHO, 2001; SZWARCOWALD et al, 1999; BAPTISTA et al., 2000; MISSE, 1999).

Os estudiosos que analisam a associação entre desigualdade de renda e violência e homicídios (KAPLAN et al., 1996; SMITH, 1996; KAWACHI et al, 1997; BLAU; BLAU, 1982; MESSNER, 1982) apontam também a concomitante falta de investimento em políticas sociais nos países em desenvolvimento e com grande concentração de renda, como é o caso do Brasil. Chamam atenção para uma certa sinergia entre elevadas taxas de homicídios, educação pública de baixa qualidade, capacidade profissional dos jovens inadequada, programas de assistência à saúde insuficientes e situação habitacional precária da população pobre. Ou seja, marcam a força da violência estrutural.

A esse respeito Minayo (2003) ressalta que já existe consenso de que educação e saúde caminham juntas e que o fato de ter nascido numa família com grau educacional mais elevado implica em atitudes preventivas e em maior probabilidade de hábitos saudáveis. Desigualdades na educação contribuem para a geração de desigualdades na saúde e vice-versa. Ainda segundo essa autora, os índices de criminalidade, crescentes nas grandes cidades nos últimos 20 anos, indicam que essa deterioração social está fortemente vinculada ao quadro de persistência da pobreza, do desemprego e da desigualdade. Concordando com ela, vários autores têm sugerido a criação do indicador de criminalidade para medir a situação de desenvolvimento das regiões.

Alguns pesquisadores entendem que a desigualdade de renda tem efeito sobre a qualidade de vida, aumentando o nível de frustração e de estresse, promovendo um clima de tensão social, ruptura de laços familiares e uma dinâmica complexa de fenômenos sociais disruptivos, dentre os quais, comportamentos auto e heterodestrutivos, crescimento de criminalidade e abuso de álcool e drogas ilícitas (WALLACE et al., 1996; LESTER, 1990).

Trabalho realizado por Szwarcwald et al. (1999) verificou que a taxa de homicídios foi o indicador de saúde que mais se correlacionou aos níveis de desigualdade de renda no Brasil, demonstrando que a questão da violência urbana entre os jovens brasileiros não pode estar dissociada dessa aguda disparidade presente na sociedade. Fica, portanto, evidente que a informalidade, a precariedade do trabalho e o desemprego em massa e de longa duração, inscritos na lógica das profundas transformações do modelo econômico e da reestruturação produtiva, vem apresentando conseqüências sociais para o Brasil, dentre as quais, o aumento da exacerbação social, a potencialização de atividades ilegais e das taxas de homicídio. Alguns estudos como os de Carneiro (2000); Hennington (2002); Mangas (2003); Meirelles (1998) Iulianelli (2004) e Minayo-Gómez & Thedim-Costa (2000) vêm mostrando também, no País, forte sinergia entre os índices de violência no trabalho e a mortalidade por homicídios, evidenciando-se a deterioração dos mecanismos tradicionais de sociabilidade.

(2) Associação entre contrabando de armas, tráfico de drogas e homicídios – no contexto de incremento dos homicídios nos últimos 20 anos, dois novos fatores vêm contribuindo para o fenômeno: o crime organizado em torno do tráfico de drogas e o comércio ilegal de armas. Essa relação se consolidou e se ramificou na metade da década de 80 com a disseminação da cocaína, droga altamente rentável, o que fica visível nos dados citados anteriormente (MINAYO, 1994; ZALUAR, 1999; MISSE, 1999).

O Brasil se inseriu no fluxo do narcotráfico, respondendo tanto a estímulos de mercado, em sua dimensão transnacional e global, como a fatores e circunstâncias de ordem local. As características estruturais do narcotráfico, no País, desenvolveram-se a partir do final dos anos 70 e vários pontos do território nacional vêm sendo usados para trânsito de tóxicos produzidos em países da América do Sul em via para os outros continentes. Essa característica de abrigar uma atividade-meio em relação ao processo produtivo – o trânsito de drogas – fez que grupos nacionais, atuantes dos negócios do narcotráfico, permanecessem vinculados às estruturas e organizações nas duas pontas: com produtores e com consumidores. A vizinhança com produtores de cocaína (Colômbia e Bolívia) e a existência de infra-estrutura de transportes e de comunicações fizeram do Brasil uma rota privilegiada de entorpecentes. Mas, há vários outros fatores estruturais e conjunturais que vêm contribuindo para o florescimento dessas atividades no País: a fragilidade dos aparatos do estado, a insegurança das fronteiras e, sobretudo, uma endêmica corrupção que contamina as estruturas de gestão do Estado, sob o lapso deixado pelo lento e mau funcionamento do sistema judiciário. A facilidade de absorção do dinheiro proveniente de atividades ilícitas mostra a falta de mecanismos regulatórios eficazes de controle do sistema financeiro, dentre outros.

Os jovens pobres, as maiores vítimas de homicídios, quando se inserem nos mecanismos de distribuição das drogas proibidas, aderem a um tipo de mercado varejista ilegal que lhes propicia dinheiro mais abundante e mais fácil, reconhecimento entre os pares e acesso ao consumo de bens, situação a que dificilmente teriam acesso pelas vias legais, por causa do desemprego estrutural e conjuntural, de sua baixa qualifica-

ção profissional e da forte queda dos salários no mercado formal de trabalho (MINAYO, 2003). Esse fenômeno incide, sobretudo, entre os que vivem nas periferias urbanas (PROCÓPIO, 1999), que, mesmo sendo poucos se comparados aos que trabalham, estudam e tentam viver legalmente, provocam um clima de desordem urbana e de medo na população em geral. Vários estudiosos mostram que os militantes do comércio varejista de drogas defendido por armas não costumam viver mais que 25 anos.

O homicídio que, no Brasil de 30 anos atrás, estava mais relacionado a causas passionais (DELLASOPPA et al., 1999) dramatiza outros problemas sem vencer os antigos. Continuam a existir, em algumas regiões, esquadrões da morte e de justiceiros que, pelas próprias mãos, tentam “limpar” a sociedade, cometendo crimes hediondos. Também boa proporção dos homicídios, à moda antiga, acontece por causas banais, na vida cotidiana rotineira, por um tipo de violência exercida nas atividades de lazer, em locais onde o consumo de álcool é maior, como é o caso dos bares, dos jogos de futebol e dos bailes – sobretudo os instalados nas periferias das áreas metropolitanas (SOUZA, 1995).

Os armamentos pesados necessários para garantir qualquer tipo de atividade ilegal vêm acompanhando os movimentos do mercado varejista de drogas, caracterizados pelo domínio de gangues que brigam entre si para tomar os territórios umas das outras. A constatação da expansão generalizada da mortalidade por armas de fogo indica que se devem focar os motivos da proliferação de armas nas mãos da população. Tal situação remete ao aumento do contrabando propiciado por um mercado internacional em expansão e diz respeito à exacerbação das formas de solução de conflito pela força.

Dentre os fatores culturais e morais que facilitam os homicídios e toda a dinâmica social da violência a eles associada encontra-se a impunidade geral em relação às várias formas de delinquência e contravenções, passando à sociedade a idéia de que o crime compensa. Essa situação endêmica persiste em relação a infrações políticas e econômicas, cometidas por pessoas influentes e das classes mais favorecidas, assim como em relação a crimes de traficantes de drogas, de banqueiros do bicho e dos que cometem chacinas em que, quase sempre, existe a presença ou o conluio de policiais (BERCOVICH et al., 1998). Por isso, é preciso levar em conta problemas de ineficiência na área de Segurança Pública e o comportamento truculento de muitos policiais civis e militares (o que configura falhas na formação oferecida pelas corporações) do contexto de crescimento dos homicídios no País (PINHEIRO, 1993).

(3) Mudanças demográficas que influenciam – outra hipótese explicativa para o crescimento da violência e dos homicídios no Brasil se relaciona a mudanças demográficas, em particular, à chamada “onda jovem”, resultando, nos últimos anos, numa sociedade com a presença de um número de adolescentes e jovens como nunca antes ocorrido. Os jovens são, pela psicologia da idade, irrequietos, rebeldes e transgressores. Os estudos demográficos mais recentes revelam uma curva de maior representação de pessoas nas faixas etárias entre 12 e 24 anos nos últimos anos e é nas faixas de 15 a 29 anos que se concentram os homicídios. A juventude pressiona a sociedade por mercado de trabalho, por vagas em escolas e universidades, por qualificação profissional, pela inserção na cidadania, no mercado de consumo e seus anseios coincidem com uma crise sem precedentes de oportunidades, de decadência salarial e de inadequação ou de inexistência de políticas sociais adequadas. A falta de resposta e a fraqueza do Estado, sobretudo para os grupos sociais em que as famílias não têm condições econômicas para prover a inserção dos jovens na sociedade, freqüentemente, fazem com que sua

formação educacional e sua identidade fiquem totalmente prejudicadas. Para alguns, as gangues lhes parecem solução para o reconhecimento no grupo e para lhes prover consumo fácil (SOARES, 2002).

- (4) Mudanças culturais – também devem ser associadas ao fenômeno. É o caso das fortes transformações de valores que leva ao uso da violência como forma de resolução dos conflitos pela população: a exclusão dos direitos de cidadania confrontada com estímulos de consumo, a falta de garantia de direitos civis e sociais, mudanças profundas nos padrões comportamentais e relacionais, inclusive de gênero, tudo isso marcado por uma secularização cada vez mais presente e por forte impacto dos meios de comunicação social.

No entanto, nenhum fator por si só explica a tragédia social dos homicídios. Eles ocorrem numa conjunção de circunstâncias, em que elementos estruturais, conjunturais, sociais, microssociais e subjetivos se potencializam.

6. O desafio da construção de programas de intervenção

As propostas de prevenção da violência no mundo e no Brasil têm priorizado ora a saúde pública, ora a segurança pública na sua abordagem (RATTON JÚNIOR, 1996). Minayo & Souza (1999) citam em seu estudo: é possível prevenir a violência? as propostas de Cali na Colômbia, de Nova Iorque e do Rio de Janeiro, que colocam seu foco na segurança pública e a do Center Disease Control and Prevencion (CDC) americano que centra suas ações na área de Saúde Coletiva.

No Brasil, a aprovação de uma Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) e a proposta do Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (Conasems) criando a Rede Gandhi pela Paz (2004) foram as mais recentes iniciativas que colocaram o tema da violência na agenda do setor. Além dessas, existem no País os programas específicos dirigidos à prevenção de abusos e maus-tratos à mulher, ao idoso, às crianças e aos adolescentes, nos diferentes níveis de gestão do setor Saúde.

Entendendo que a violência se produz dentro da sociedade (CHESNAIS, 1981; BURKE, 1995; MINAYO, 1994; 2003) e se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais específicos, o setor Saúde, ao se aproximar do tema da violência, não pode enfrentá-lo como um objeto próprio. Pelo contrário, precisa considerar a violência como um problema de toda a sociedade e abordá-la em interação com os diferentes setores, como a área da Justiça, da Segurança, da Educação e com os movimentos sociais. No entanto, existem tarefas específicas da área da Saúde que não podem ser negligenciadas (MINAYO; SOUZA, 1999).

Alguns autores, como Fernandes apud Peres (2004), caindo na tentação de medicalizar os processos sociais, consideram que o modelo médico do contágio pode ser útil para guiar medidas preventivas relacionadas ao veículo-agente, hospedeiro e ambiente. A arma de fogo seria um agente de contágio em um processo social dinâmico no qual novos significados para o comportamento são disseminados por meio de contato e comunicação entre hóspedes suscetíveis. Segundo os autores, o significado da arma e do comportamento violento pela idéia da disseminação pode ser explicado por três diferentes processos que incluem medo (no sentido de autodefesa), comportamento (valor simbólico dado ao instrumento) e identidade violenta (que tem necessidade

estratégica de se potencializar) e como componente da formação da identidade. Contudo, considera-se esse modelo do contágio absolutamente impróprio, inadequado e insuficiente para atuação do setor Saúde e para explicar toda a complexidade de um problema tão grave como a violência e o crescimento das taxas de homicídio.

Por tudo o que foi exposto no presente trabalho, o setor Saúde, mesmo cumprindo um papel peculiar, precisa considerar os elos da rede causal desse agravo à saúde na sociedade, para realizar propostas de intervenção. Mas, é preciso ter em conta que existe muito que pode ser feito com referência à prevenção, atenção e reabilitação das vítimas diretas e indiretas das agressões letais e não letais. Para isso, é preciso que o tema se inclua como uma das prioridades, desde os Programas Saúde da Família até os níveis hierárquicos da atenção médica, e, também, seja incluído na formação básica e continuada dos profissionais de saúde.

É preciso destacar as dificuldades que ainda hoje persistem do ponto de vista da implantação de políticas específicas no País, por causa das intrincadas relações que essa iniciativa envolve. O maior obstáculo de todos, vencidas as barreiras da formulação, é cultural: conseguir a articulação de setores fundamentais da sociedade. É o caso, por exemplo, das necessárias interações entre o setor Saúde, a área de Educação, os programas de desenvolvimento social e de segurança pública.

Uma intervenção social capaz de prevenir a violência, a criminalidade e o número de homicídios deve ter metas em curto e longo prazos, tais como políticas, programas e ações que objetivem mudanças estruturais, socioculturais, econômicas e subjetivas capazes de alterar as condições que favorecem esses fenômenos. Mas, desde já é preciso agir: se a violência é histórica, ela depende da ação humana que a transforme em cidadania.

Algumas medidas preventivas precisam ser realizadas visando a reduzir a violência estrutural e as complexas causas que geram os homicídios: (1) aumentar a vigilância sobre as fronteiras e aeroportos para coibir a entrada e saída de drogas e armas; (2) realizar campanhas de desarmamento da sociedade civil; (3) investir na formação dos policiais dando ênfase ao respeito dos direitos humanos, articulação com as comunidades e às técnicas de investigação que desestimulem confrontos responsáveis por tantas mortes deles e de civis³; (4) identificar e policiar os locais de comércio de drogas; (5) apoiar os núcleos familiares por meio de abordagens terapêuticas, no

³ No Rio de Janeiro, vem sendo implantada a experiência do Grupamento de Policiamento em Áreas Especiais, que atua em diálogo com a comunidade visando a protegê-la, em favelas onde é intenso o comércio de drogas e existe presença de gangues ligadas ao tráfico. Esta é ainda uma experiência que precisa ser avaliada. Em Belo Horizonte, foi implementado um programa denominado Fica Vivo, que consiste no desenvolvimento de estratégias de intervenção com objetivo de reduzir a incidência de homicídios por meio da metodologia de solução de problemas e tem a parceria de vários órgãos de proteção social (Beato Filho et al., 2003). Ambos programas estão sendo desenvolvidos em parceria com diversas instituições e estão apontando boa capacidade de responder aos problemas que se associam ao fenômeno dos homicídios.

caso dos usuários de drogas, dentro de uma visão de redução de danos; (6) difundir informações sobre consumo de drogas e oferta de tratamento para os dependentes; (7) implementar políticas integradas que focalizem os direitos básicos de moradia, educação, profissionalização dos jovens, acesso ao trabalho, segurança alimentar e renda mínima e acesso ao lazer; (8) criar alternativas culturais que estimulem o protagonismo juvenil; (9) incentivar, pela mídia, imagens, normas e valores de resolução de conflitos pelo diálogo; e (10) desestimular o uso de álcool pela população.

Essas ações integradas possibilitam a mediação entre as macropolíticas estruturais e as políticas públicas que geram cidadania e promovem inclusão social. Em países que adotaram medidas adequadas de intervenção social, além da redução da delinquência e do número de crimes, com vantagens para a taxa de integração social e qualidade de vida, houve vários outros benefícios para os governos: mais emprego; menos meninos e meninas de rua; menor demanda pelo sistema de Justiça Criminal, menos gastos com assistência social e com saúde.

Portanto, olhar como possível a prevenção da violência e, particularmente, dos homicídios é, hoje, para o Brasil, desafio à sua capacidade de construção de uma proposta em que toda a sociedade se envolva e se mobilize: instituições públicas, entidades da sociedade civil, empresários públicos e privados.

Referências Bibliográficas

BAENINGER, R. Juventude e movimentos migratórios no Brasil. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (CNPD). *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, 1998. p. 21-70.

BAPTISTA, M. et al. *Estudo global sobre o mercado ilegal de drogas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: NEPAD/CLAVES, 2000. Relatório de pesquisa.

BARATA, R. B. et al. Intra-urban differentials in death rates from homicide in the city of São Paulo, Brazil, 1988-1994. *Social Science Medicine*, [S.l.], v. 47, p.19-23, 1998.

BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. A. Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S.l.], v. 7, p. 118-124, 2000.

BEATO FILHO, C. C. Determinantes da criminalidade em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, [S.l.], v. 13, p. 74-87, 1998.

— — —. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 1163-1171, 2001.

BEATO FILHO, C. C.; REIS, I. A. A desigualdade, desenvolvimento sócio-econômico e crime. In: HENRIQUES, R. (Org.). *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. p.385-403.

BEATO FILHO, C. C. et al. Programa Fica Vivo: ações simples, resultados efetivos. *Informativo do Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública*. [S.l.: s.n., 200-?]. Disponível em: <<http://www.crisp.ufmg.br>>. Acesso em: 10 fev. 2003.

BERCOVICH, A. M.; DELLASOPPA, E. E.; ARRIAGA, E. "J'aduste, mais je ne corrige pas": jovens, violência e demografia no Brasil: algumas reflexões a partir dos indicadores de violência. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (CNPD). *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. p. 293-317.

BLAU, J. R.; BLAU, P. M. The cost of inequality: metropolitan structure and violent crime. *American Sociological Review*, [S.l.], v. 47, p. 114-129, 1982.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão Externa. *Violência no Polígono da Maconha*. Brasília, 1997. Relatório do Deputado Fernando Ferro.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Estudos epidemiológicos*. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 34, p. 427-430, 2000a.

— —. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 96, Seção 1E, 18 maio, 2001.

BURKE, P. Violência social e civilização. *Braudel Papers*, [S.l.], v. 12, p. 1-8, 1995.

CARNEIRO, S. A. M. *Trabalho e violência: relação de proximidade: violência a trabalhadores durante a jornada de trabalho, na Zona Norte de São Paulo, em 1998*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CRUZ, O. G. *Homicídios no Estado do Rio de Janeiro: análise da distribuição espacial e sua evolução*. 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

CHESNAIS, J. C. *Histoire de la violence en occident de 1800 a nos jours*. Paris: Robert Laffont Éditeur, 1981.

DELLASOPPA, E.; BERCOVICH A. M.; ARRIAGA, E. Violência, direitos civis e demografia no Brasil na década de 80: o caso da área metropolitana do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, [S.l.], v. 14, p. 155-176, 1999.

HENNINGTON, E. A. *Saúde e trabalho: mortalidade e violência no município de Campinas*. 2002. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)–Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Mortes violentas: um panorama dos homicídios no Brasil*. Rio de Janeiro, 1999.

IULIANELLI, J. A. S. O sistema das drogas: estrutura produtiva e usos e costumes. *Koinonia*, n. 3. Disponível em: <<http://www.koinonia.org.br/narco/artigos.htm>>. Acesso em: 19 fev. 2004.

KAPLAN, G. A. et al. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potencial pathways. *British Medical Journal*, [S.l.], v. 312, p. 999-1003, 1996.

KAWACHI, I. Social capital income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, [S.l.], v. 87, p. 1491-1498, 1997.

LESTER, D. Suicide, homicide and the quality of life in various countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, [S.l.], v. 81, p. 332-334, 1990.

LIMA, M. L. C. *A trajetória dos homicídios no estado de Pernambuco: uma abordagem epidemiológica nas duas últimas décadas do século XX*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

LIMA, M. L. C.; XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v.14, p. 829-840, 1998.

LIMA, M. L. C. et al. Evolução de homicídios em Pernambuco: análise por área geográfica, de 1980 a 1998. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 36, p. 462-469, 2002.

MACEDO, A. C. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 35, p. 515-522, 2001.

MANGAS, R. M. N. *Acidentes fatais e desproteção social na construção civil no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MEIRELLES, Z. V. *Vida e trabalho de adolescentes no narcotráfico numa favela do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

JORGE, M. H. P. MELLO. Como morrem nossos jovens. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (CNPD). *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. p. 209-289

JORGE, M. H. P. MELLO; GAWRYSZEWSKY, V. P.; LATORRE, R. O. Análise dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 31, p. 5-25, 1997.

JORGE, M. H. P. MELLO; GOTLIEB, S. L. D. *As condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

JORGE, M. H. P. MELLO; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. O sistema de informações de mortalidade: problemas e propostas para o seus enfrentamento – II: mortes por causas externas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.l.], v. 5, p. 212-223, 2002.

MESSNER, S. F. Poverty, inequality, and the urban homicide rate. *Criminology*, [S.l.], v. 20, p. 103-114, 1982.

MINAYO, M. C. S. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 278-292, 1990.

— (Coord.). *Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde*. Rio de Janeiro: ENSP, 1990a.

— (Coord.). Inequality, violence and ecology in Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 241-250, 1994.

— (Coord.). A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.23-48

— — —. Os múltiplos tentáculos da desigualdade na América Latina. In: CÁCERES, C.; CUETO, M.; RAMOS, M.; VALLENAS, S. (Coord.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Peru: Fondo Editorial, 2003a. p. 19-32.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 65-78, 1993.

— — —. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 4, p. 7-32, 1999.

— — — (Coord.). *Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000*. Rio de Janeiro: CLAVES, 2002. Relatório de pesquisa.

MINAYO, M. C.; SOUZA, E. R.; SILVA, C. M. F. P. *Perfil de mortalidade por causas externas no Brasil: uma análise temporal das décadas de 80 e 90*. Rio de Janeiro: CLAVES, 2001. Relatório de pesquisa.

MINAYO, M.C. et al. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 83-85.

— — —. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a. p. 109-129.

MINAYO-GÓMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Estratégias de investigación relacionadas com la violencia y la precarización del trabajo. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Coord.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 273-284.

MISSE, M. O “movimento”: a estruturação das redes do tráfico no Rio de Janeiro: reconstituição e análise. Rio de Janeiro: [s.n.], 1999. Mimeografado.

NAJAR, A. L. *Desigualdades sociais e análise espacial: uma aplicação para o município do Rio de Janeiro utilizando sistemas de informações geográficas*. 1997. Tese (Doutorado)—Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *A saúde no Brasil*. Brasília, 1998.

PADILLA, M. A. R. Salud mental y violencia estructural en varones de sectores urbanos pobres. In: CÁCERES, C. et al. (Coord.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Peru: Fondo Editorial, 2003. p. 309-318.

PAIM, J. S. et. Distribuição espacial de violência por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S.l.], v. 6, p. 321-332, 1999.

PARKER, R. N. Poverty, subculture of violence, and type of homicide. *Social Forces*, [S.l.], v. 67, p. 983-1007, 1989.

PERES, M. F. T. *Mortalidade por armas de fogo no Brasil: 1991 - 2000*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. No prelo.

PINHEIRO, P. S. (Org.). *Crime, violência e poder*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

———. Direitos humanos no ano que passou: avanços e continuidades. In: NÚCLEO DE ESTUDOS DE VIOLÊNCIA (Org.). *Os direitos humanos nos Brasil*. São Paulo: NEVI/USP, 1995. p.5-18.

PROCÓPIO, A. *O Brasil no mundo das drogas*. Petrópolis: Vozes, 1999.

RATTON JÚNIOR, J. L. A. *Violência e crime no Brasil contemporâneo: homicídios e políticas de segurança pública na década de 80*. Brasília: Cidade Gráfica e Editora, 1996.

RIBEIRO, A. M. M. Sociologia do narcotráfico na América Latina e a questão camponesa. In: RIBEIRO, A. M. M.; IULIANELLI, J. A. S. (Org.). *Narcotráfico e a violência no campo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 23-59.

SANTOS, S. M. *Homicídios em Porto Alegre, 1996: análise ecológica de sua distribuição e contexto sócioespacial*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)—Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

SMITH, G. D. Income inequality and mortality: why are they related? *British Medical Journal*, [S.l.], v. 312, p. 987-998, 1996.

SOARES, L. E. Perspectiva de implantação de uma Política Nacional de Segurança Pública e de Combate à Violência. In: BRASIL. Câmara dos Deputados. Coordenação de Publicações. *Violência urbana e segurança pública*. Brasília, 2002. p. 40-46.

SOUZA, E. R. *Homicídio: metáfora de uma nação autofágica*. 1995. Tese (Doutorado em Saúde Pública)—Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro:, 1995.

———. Enfrentar a violência, um desafio para o Estado. In: *Seminário Enfrentar a violência, um desafio para o Estado*. Pernambuco: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 1995a. Mimeografado.

SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G.; SILVA, C. M. F. P. Violência no município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Revista Panamericana Saúde Pública*, [S.l.], v. 1, p. 389-398, 1997.

SOUZA E.R. et al. Tendências da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o*

olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 49-81

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. Mortalidade por armas de fogo no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S.l.], v. 4, p. 161-170, 1998.

SZWARCWALD, C. L. et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 15-28, 1999.

— — —. Income inequality and homicide rates in Rio de Janeiro, Brasil. *American Journal Public Health*, [S.l.], v. 89, p. 845-850, 1999a.

WAISELFISZ, J. *Mapa da violência II: os jovens do Brasil*. Brasília: UNESCO, 2000.

WALLACE, R.; FULLILOVE, M. T.; FISHER, A. J. AIDS, violence and behavioral coding: information theory, risk behavior and dynamic process on core-group sociogeographic networks. *Social Science and Medicine*, [S.l.], v. 43, p. 339-352, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Small arms and global health: injuries violence prevention department, non-communicable diseases and mental health*. Geneva: WHO, 2001.

ZALUAR, A. A globalização do crime e os limites da explicação local. In: SANTOS, J. V. T. (Org.). *Violências no tempo da globalização*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 91-100.

ZALUAR, A.; NORONHA, J. C.; ALBUQUERQUE, C. Violência: pobreza ou fraqueza institucional? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 213-217, 1994.

Anexo 6

Tabela 49. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar por agressões. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Nº | % | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
|----------------|-------|------|------|----------|--------|--------|
| Porto Velho | 312 | 1,9 | 0,93 | 474,09 | 6,2 | 1,9 |
| Rio Branco | 296 | 1,8 | 1,17 | 373,18 | 7,9 | 1,0 |
| Manaus | 937 | 5,7 | 0,67 | 664,57 | 6,0 | 2,7 |
| Boa Vista | 4 | 0,0 | 0,02 | 702,61 | 8,3 | 0,0 |
| Belém | 95 | 0,6 | 0,07 | 506,96 | 3,5 | 0,0 |
| Macapá | 385 | 2,4 | 1,36 | 396,01 | 6,6 | 1,6 |
| Palmas | 523 | 3,2 | 3,81 | 396,74 | 3,3 | 1,5 |
| São Luís | 0 | 0,0 | 0,00 | 0,00 | 0,0 | 0,0 |
| Teresina | 114 | 0,7 | 0,16 | 512,50 | 4,6 | 5,3 |
| Fortaleza | 1.092 | 6,7 | 0,51 | 771,90 | 6,4 | 6,6 |
| Natal | 503 | 3,1 | 0,71 | 399,85 | 6,8 | 6,6 |
| João Pessoa | 76 | 0,5 | 0,13 | 555,91 | 7,1 | 2,6 |
| Recife | 9 | 0,1 | 0,01 | 566,33 | 15,3 | 0,0 |
| Maceió | 944 | 5,8 | 1,18 | 948,64 | 7,3 | 11,2 |
| Aracaju | 326 | 2,0 | 0,71 | 872,28 | 5,5 | 5,2 |
| Salvador | 1.681 | 10,3 | 0,69 | 882,68 | 6,4 | 8,6 |
| Belo Horizonte | 2.720 | 16,7 | 1,22 | 994,67 | 7,3 | 6,1 |
| Vitória | 446 | 2,7 | 1,53 | 600,03 | 6,0 | 9,2 |
| Rio de Janeiro | 609 | 3,7 | 0,10 | 627,29 | 16,7 | 9,4 |
| São Paulo | 2.108 | 12,9 | 0,20 | 935,77 | 5,5 | 8,6 |
| Curitiba | 305 | 1,9 | 0,19 | 1.359,28 | 5,0 | 8,9 |
| Florianópolis | 70 | 0,4 | 0,20 | 636,44 | 7,5 | 5,7 |
| Porto Alegre | 1.213 | 7,4 | 0,89 | 424,28 | 5,6 | 2,1 |
| Campo Grande | 80 | 0,5 | 0,12 | 606,14 | 6,4 | 5,0 |
| Cuiabá | 50 | 0,3 | 0,10 | 690,96 | 10,0 | 18,0 |
| Goiânia | 832 | 5,1 | 0,76 | 909,11 | 5,7 | 5,5 |
| Brasília | 589 | 3,6 | 0,29 | 605,52 | 10,5 | 5,1 |

Nº = Número de internações.

% = Proporção de internações entre as capitais.

Taxa = Taxa de internação por mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência.

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

Tabela 50. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar por agressões segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Faixas Etárias | Masculino | | | | | Feminino | | | | | Total | | | | |
|----------------|---------------|-------------|---------------|------------|------------|--------------|-------------|---------------|------------|------------|---------------|-------------|---------------|------------|------------|
| | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
| 0 - 9 | 1.087 | 0,06 | 480,32 | 6,3 | 1,8 | 644 | 0,04 | 486,75 | 5,9 | 3,0 | 1.731 | 0,05 | 482,71 | 6,2 | 2,3 |
| 10 - 14 | 946 | 0,11 | 516,79 | 5,2 | 2,7 | 305 | 0,04 | 499,94 | 5,3 | 2,6 | 1.251 | 0,07 | 512,68 | 5,2 | 2,7 |
| 15 - 19 | 4.266 | 0,47 | 716,89 | 6,1 | 5,2 | 611 | 0,07 | 609,49 | 5,2 | 4,1 | 4.877 | 0,27 | 703,43 | 6,0 | 5,1 |
| 20 - 24 | 5.894 | 0,73 | 716,19 | 6,0 | 5,9 | 758 | 0,09 | 559,64 | 5,3 | 3,6 | 6.652 | 0,41 | 698,35 | 5,9 | 5,6 |
| 25 - 29 | 4.535 | 0,67 | 710,35 | 6,0 | 5,9 | 603 | 0,09 | 556,46 | 6,5 | 4,5 | 5.138 | 0,37 | 692,29 | 6,1 | 5,7 |
| 30 - 39 | 6.167 | 0,50 | 691,66 | 6,0 | 5,6 | 977 | 0,08 | 522,22 | 5,2 | 2,7 | 7.144 | 0,28 | 668,49 | 5,9 | 5,2 |
| 40 - 49 | 3.327 | 0,36 | 686,92 | 6,2 | 6,6 | 621 | 0,06 | 505,71 | 5,2 | 2,7 | 3.948 | 0,20 | 658,42 | 6,1 | 6,0 |
| 50 - 59 | 1.459 | 0,24 | 679,54 | 6,2 | 7,1 | 310 | 0,05 | 472,74 | 5,6 | 4,8 | 1.769 | 0,14 | 643,30 | 6,1 | 6,7 |
| 60 + | 1.147 | 0,18 | 668,12 | 6,5 | 8,8 | 475 | 0,06 | 559,66 | 6,6 | 7,4 | 1.622 | 0,11 | 636,35 | 6,5 | 8,4 |
| Total | 28.828 | 0,34 | 687,54 | 6,1 | 5,7 | 5.304 | 0,06 | 534,45 | 5,6 | 3,8 | 34.132 | 0,20 | 663,75 | 6,0 | 5,4 |

Nº = Número de internações.

Taxa = Taxa de internação por mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência.

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

Tabela 51. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar por agressões segundo sub-grupos específicos. Brasil, 2000

| Sub-grupos Específicos | Nº | % | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
|----------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|------------|------------|
| Envenenamento / corrosão | 737 | 2,2 | 0,004 | 351,01 | 3,6 | 1,9 |
| Estrangulamento | 14 | 0,0 | 0,000 | 388,10 | 5,5 | 0,0 |
| Afogamento | 11 | 0,0 | 0,000 | 610,05 | 12,5 | 9,1 |
| Arma de fogo | 11.326 | 33,2 | 0,067 | 892,38 | 7,3 | 9,7 |
| Queimadura / explosão | 576 | 1,7 | 0,003 | 718,63 | 8,5 | 4,2 |
| Objeto cortante/penetrante | 9.023 | 26,4 | 0,053 | 610,69 | 4,9 | 2,8 |
| Objeto contundente | 2.912 | 8,5 | 0,017 | 498,15 | 5,3 | 4,2 |
| Força física | 5.046 | 14,8 | 0,030 | 508,14 | 5,1 | 3,8 |
| Negligência / maus-tratos | 427 | 1,3 | 0,003 | 476,63 | 5,2 | 3,7 |
| Não especificados | 2.270 | 6,7 | 0,013 | 548,51 | 5,3 | 4,1 |
| Demais tipos | 1.790 | 5,2 | 0,011 | 497,09 | 7,7 | 2,0 |
| Total | 34.132 | 100,0 | 0,201 | 663,75 | 6,0 | 5,4 |

Nº = Número de internações.

% = Proporção por Causa Específica.

Taxa = Taxa de internação por mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

Tabela 52. Mortalidade por homicídios segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 0 - 9 | 239 | 239 | 276 | 254 | 281 | 317 | 283 | 308 | 298 | 289 |
| 10 - 14 | 368 | 337 | 377 | 366 | 479 | 513 | 506 | 461 | 485 | 562 |
| 15 - 19 | 4.066 | 3.582 | 4.124 | 4.547 | 5.156 | 5.338 | 5.855 | 6.404 | 6.566 | 7.271 |
| 20 - 24 | 6.025 | 5.609 | 6.056 | 6.782 | 7.443 | 7.848 | 8.415 | 8.870 | 9.199 | 10.223 |
| 25 - 29 | 5.528 | 4.906 | 5.228 | 5.647 | 6.306 | 6.558 | 6.814 | 7.218 | 7.291 | 7.557 |
| 30 - 39 | 7.110 | 6.530 | 7.210 | 7.456 | 8.399 | 9.144 | 9.301 | 9.265 | 9.651 | 9.922 |
| 40 - 49 | 3.440 | 3.266 | 3.465 | 3.649 | 4.206 | 4.466 | 4.603 | 4.634 | 4.814 | 5.043 |
| 50 - 59 | 1.611 | 1.507 | 1.556 | 1.568 | 1.807 | 1.876 | 1.931 | 1.890 | 1.994 | 2.034 |
| 60 + | 1.077 | 963 | 1.064 | 1.052 | 1.188 | 1.258 | 1.251 | 1.265 | 1.377 | 1.391 |
| Total | 29.464 | 26.939 | 29.356 | 31.321 | 35.265 | 37.318 | 38.959 | 40.315 | 41.675 | 44.292 |

Tabela 53. Taxas de mortalidade por homicídios segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0 - 9 | 0,7 | 0,7 | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| 10 - 14 | 2,2 | 2,0 | 2,2 | 2,1 | 2,7 | 2,9 | 2,8 | 2,6 | 2,7 | 3,2 |
| 15 - 19 | 27,1 | 23,3 | 26,7 | 29,0 | 32,4 | 32,0 | 34,5 | 37,3 | 37,7 | 40,5 |
| 20 - 24 | 44,4 | 41,0 | 43,3 | 47,9 | 51,8 | 54,5 | 57,4 | 59,7 | 61,0 | 63,3 |
| 25 - 29 | 43,7 | 38,9 | 40,1 | 42,8 | 47,1 | 50,6 | 51,7 | 53,9 | 53,7 | 54,6 |
| 30 - 39 | 34,6 | 30,8 | 34,1 | 34,8 | 38,6 | 39,3 | 39,3 | 38,6 | 39,7 | 39,2 |
| 40 - 49 | 24,6 | 22,2 | 24,1 | 25,1 | 28,5 | 26,8 | 27,2 | 27,0 | 27,7 | 26,2 |
| 50 - 59 | 17,1 | 15,5 | 16,1 | 16,0 | 18,2 | 17,5 | 17,8 | 17,2 | 17,9 | 16,3 |
| 60 + | 10,0 | 8,6 | 9,7 | 9,4 | 10,5 | 10,1 | 10,0 | 10,0 | 10,7 | 9,6 |
| Total | 20,9 | 19,1 | 20,2 | 21,2 | 23,8 | 24,8 | 25,4 | 25,9 | 26,2 | 26,7 |

Tabela 54. Mortalidade por homicídios segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Faixas Etárias | Masculino | | | Feminino | | | Total | | |
|----------------|---------------|-------------|-------------|--------------|------------|------------|---------------|--------------|-------------|
| | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa |
| 0 - 9 | 168 | 58,3 | 1,0 | 120 | 41,7 | 0,7 | 288 | 100,0 | 0,9 |
| 10 - 14 | 406 | 72,2 | 4,6 | 156 | 27,8 | 1,8 | 562 | 100,0 | 3,2 |
| 15 - 19 | 6.679 | 91,9 | 74,1 | 592 | 8,1 | 6,6 | 7.271 | 100,0 | 40,5 |
| 20 - 24 | 9.634 | 94,2 | 119,7 | 588 | 5,8 | 7,3 | 10.222 | 100,0 | 63,3 |
| 25 - 29 | 7.092 | 93,9 | 104,1 | 463 | 6,1 | 6,6 | 7.555 | 100,0 | 54,6 |
| 30 - 39 | 9.075 | 91,5 | 73,7 | 841 | 8,5 | 6,5 | 9.916 | 100,0 | 39,2 |
| 40 - 49 | 4.535 | 90,0 | 48,6 | 506 | 10,0 | 5,1 | 5.041 | 100,0 | 26,2 |
| 50 - 59 | 1.836 | 90,3 | 30,6 | 198 | 9,7 | 3,0 | 2.034 | 100,0 | 16,3 |
| 60 + | 1.194 | 85,8 | 18,3 | 197 | 14,2 | 2,5 | 1.391 | 100,0 | 9,6 |
| Total | 40.619 | 91,7 | 49,7 | 3.661 | 8,3 | 4,3 | 44.280 | 100,0 | 26,7 |

Tabela 55. Taxas de mortalidade por homicídios. Capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Porto Velho | 53,9 | 45,6 | 40,1 | 37,9 | 19,4 | 29,9 | 32,3 | 52,2 | 54,9 | 60,7 |
| Rio Branco | 47,1 | 50,6 | 52,6 | 38,5 | 39,2 | 35,0 | 35,8 | 37,6 | 15,4 | 35,2 |
| Manaus | 37,7 | 31,5 | 29,0 | 32,2 | 33,7 | 34,4 | 35,1 | 40,0 | 35,2 | 32,4 |
| Boa Vista | 38,8 | 42,5 | 33,1 | 39,5 | 39,7 | 52,6 | 34,6 | 54,0 | 56,2 | 46,4 |
| Belém | 25,9 | 25,7 | 13,9 | 18,5 | 15,3 | 18,9 | 21,4 | 23,8 | 14,2 | 21,9 |
| Macapá | 22,8 | 34,9 | 28,4 | 49,9 | 50,2 | 59,3 | 47,0 | 49,0 | 60,9 | 43,4 |
| Palmas | 8,2 | 14,1 | 8,4 | 16,5 | 20,3 | 9,3 | 7,0 | 12,7 | 19,7 | 21,8 |
| São Luís | 26,6 | 21,9 | 17,1 | 18,4 | 24,2 | 21,1 | 20,0 | 15,0 | 11,9 | 14,9 |
| Teresina | 9,0 | 7,9 | 9,4 | 8,4 | 10,4 | 11,3 | 14,5 | 16,2 | 12,4 | 20,3 |
| Fortaleza | 17,1 | 15,6 | 19,0 | 19,2 | 26,6 | 22,2 | 24,7 | 19,6 | 21,3 | 24,3 |
| Natal | 14,0 | 10,2 | 14,6 | 13,9 | 16,5 | 14,8 | 14,5 | 14,4 | 7,8 | 6,7 |
| João Pessoa | 16,5 | 18,5 | 22,6 | 20,7 | 32,2 | 33,7 | 27,4 | 28,3 | 33,0 | 31,9 |
| Recife | 54,2 | 43,6 | 51,2 | 43,4 | 51,0 | 53,0 | 73,6 | 81,5 | 65,7 | 67,4 |
| Maceió | 32,7 | 31,4 | 32,3 | 32,1 | 40,4 | 41,3 | 31,3 | 26,6 | 25,9 | 37,9 |
| Aracaju | 22,9 | 53,6 | 26,8 | 39,9 | 23,4 | 20,6 | 15,2 | 13,6 | 24,5 | 33,6 |
| Salvador | 1,9 | 9,4 | 32,2 | 37,5 | 27,1 | 34,3 | 36,8 | 14,0 | 7,2 | 11,8 |
| Belo Horizonte | 13,9 | 12,3 | 12,8 | 11,5 | 16,2 | 16,1 | 17,8 | 22,0 | 22,7 | 28,2 |
| Vitória | 53,7 | 35,0 | 52,7 | 61,8 | 62,3 | 54,9 | 77,0 | 73,9 | 80,6 | 54,4 |
| Rio de Janeiro | 28,2 | 16,6 | 27,3 | 30,6 | 44,5 | 53,6 | 53,7 | 52,7 | 46,5 | 49,5 |
| São Paulo | 43,7 | 39,6 | 38,9 | 45,3 | 53,0 | 55,6 | 54,7 | 59,3 | 66,7 | 58,5 |
| Curitiba | 11,8 | 13,2 | 15,8 | 16,6 | 18,6 | 18,0 | 22,1 | 18,8 | 22,4 | 21,1 |
| Florianópolis | 5,1 | 4,3 | 7,1 | 5,2 | 8,4 | 9,6 | 11,3 | 9,0 | 9,9 | 11,1 |
| Porto Alegre | 19,9 | 22,2 | 13,5 | 18,2 | 21,6 | 22,3 | 27,9 | 23,4 | 24,9 | 30,0 |
| Campo Grande | 23,2 | 25,4 | 21,4 | 25,0 | 32,1 | 40,3 | 40,1 | 34,7 | 29,7 | 37,2 |
| Cuiabá | 12,4 | 7,6 | 9,2 | 6,0 | 30,7 | 39,0 | 50,1 | 70,2 | 63,0 | 65,6 |
| Goiânia | 22,1 | 18,5 | 19,8 | 21,3 | 23,8 | 20,1 | 17,1 | 16,3 | 23,7 | 22,2 |
| Brasília | 30,5 | 25,8 | 33,1 | 32,6 | 36,1 | 33,8 | 32,7 | 32,9 | 33,4 | 33,5 |

Tabela 56. Mortalidade por homicídios segundo sexo. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Masculino | | | Feminino | | | Total | | |
|----------------|-----------|------|-------|----------|------|------|-------|-------|------|
| | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa |
| Porto Velho | 186 | 91,6 | 111,6 | 17 | 8,4 | 10,1 | 203 | 100,0 | 60,7 |
| Rio Branco | 79 | 88,8 | 64,1 | 10 | 11,2 | 7,7 | 89 | 100,0 | 35,2 |
| Manaus | 428 | 93,9 | 62,4 | 28 | 6,1 | 3,9 | 456 | 100,0 | 32,4 |
| Boa Vista | 82 | 88,2 | 81,7 | 11 | 11,8 | 11,0 | 93 | 100,0 | 46,4 |
| Belém | 263 | 93,6 | 43,2 | 18 | 6,4 | 2,7 | 281 | 100,0 | 21,9 |
| Macapá | 119 | 96,7 | 85,4 | 4 | 3,3 | 2,8 | 123 | 100,0 | 43,4 |
| Palmas | 27 | 90,0 | 39,3 | 3 | 10,0 | 4,4 | 30 | 100,0 | 21,8 |
| São Luís | 114 | 87,7 | 28,1 | 16 | 12,3 | 3,5 | 130 | 100,0 | 14,9 |
| Teresina | 136 | 93,8 | 40,6 | 9 | 6,2 | 2,4 | 145 | 100,0 | 20,3 |
| Fortaleza | 473 | 91,1 | 47,2 | 46 | 8,9 | 4,0 | 519 | 100,0 | 24,3 |
| Natal | 47 | 97,9 | 14,1 | 1 | 2,1 | 0,3 | 48 | 100,0 | 6,7 |
| João Pessoa | 180 | 94,2 | 64,4 | 11 | 5,8 | 3,5 | 191 | 100,0 | 31,9 |
| Recife | 882 | 92,0 | 133,3 | 77 | 8,0 | 10,1 | 959 | 100,0 | 67,4 |
| Maceió | 279 | 92,4 | 74,1 | 23 | 7,6 | 5,5 | 302 | 100,0 | 37,9 |
| Aracaju | 147 | 94,8 | 68,1 | 8 | 5,2 | 3,3 | 155 | 100,0 | 33,6 |
| Salvador | 262 | 90,7 | 22,8 | 27 | 9,3 | 2,1 | 289 | 100,0 | 11,8 |
| Belo Horizonte | 565 | 89,5 | 53,4 | 66 | 10,5 | 5,6 | 631 | 100,0 | 28,2 |
| Vitória | 149 | 93,7 | 108,0 | 10 | 6,3 | 6,5 | 159 | 100,0 | 54,4 |
| Rio de Janeiro | 2.683 | 92,5 | 97,6 | 217 | 7,5 | 7,0 | 2.900 | 100,0 | 49,5 |
| São Paulo | 5.685 | 93,2 | 114,3 | 417 | 6,8 | 7,6 | 6.102 | 100,0 | 58,5 |
| Curitiba | 314 | 93,7 | 41,3 | 21 | 6,3 | 2,5 | 335 | 100,0 | 21,1 |
| Florianópolis | 30 | 78,9 | 18,1 | 8 | 21,1 | 4,5 | 38 | 100,0 | 11,1 |
| Porto Alegre | 368 | 90,2 | 57,9 | 40 | 9,8 | 5,5 | 408 | 100,0 | 30,0 |
| Campo Grande | 225 | 91,1 | 69,7 | 22 | 8,9 | 6,5 | 247 | 100,0 | 37,2 |
| Cuiabá | 296 | 93,4 | 125,7 | 21 | 6,6 | 8,5 | 317 | 100,0 | 65,6 |
| Goiânia | 215 | 88,5 | 41,3 | 28 | 11,5 | 4,9 | 243 | 100,0 | 22,2 |
| Brasília | 644 | 94,0 | 65,6 | 41 | 6,0 | 3,8 | 685 | 100,0 | 33,5 |

Suicídio

violência auto-infligida

Introdução

A violência auto-infligida ocupa um lugar prioritário na pauta dos problemas sociais que provocam impacto sobre a saúde pública no mundo. Segundo informações da OMS, estima-se que se suicidaram 815 mil pessoas no ano de 2000, o que representa uma taxa de mortalidade de aproximadamente 14,5 em cada cem mil, “uma pessoa a cada 40 segundos”, diz o documento, referindo-se aos países que notificam esse evento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002, p.183). No conjunto das auto-agressões, as auto-infligidas são a principal causa de mortes em vários países. Dos 15 aos 44 anos, as lesões e os traumas auto-infligidos são, hoje, a quarta causa de óbitos no perfil geral de mortalidade e a sexta maior, como origem de problemas de saúde e de incapacitações físicas no mundo.

O caso brasileiro difere bastante da situação internacional. As taxas de mortalidade por suicídio, embora apresentem pequeno crescimento ao passar de 3,5 por cem mil habitantes em 1991 para 4,0 por cem mil em 2000, não são tão significativas, quando comparadas internamente com os índices de homicídio e externamente com as taxas de vários países da Europa e os da América do Norte, embora estejam elevadas em algumas cidades brasileiras e se incrementando na população jovem masculina.

A tentativa de analisar os suicídios efetivados ou tentados será sempre uma ousadia de interpretação, embora digam os que os estudam que “no corpo do suicida encontra-se uma melodia para ser ouvida. Seu silêncio é um pedido para que ouçamos uma história cujo acorde necessário e final é um corpo sem vida” (ALVES, 1991, p.12). Entende-se, pois, que as mensagens dos gestos autodestrutivos digam respeito às coisas vividas e deixadas no mundo existencial. Sua compreensão exige atingir o sentido dos “não-ditos”, recusas em descrevê-los, as subnotificações e os medos de enfrentar o assunto.

A pergunta-chave sobre o tema tabu é: por que nem todos sucumbem ao sofrimento, parte inerente do existir? Por que a maioria faz da dor uma escada para se transcender? Por que alguns sucumbem dizendo “não”? Filósofos, sociólogos, antropólogos, psicanalistas, médicos falam da complexidade do assunto e é com eles e com os fatos que se busca dialogar.

O suicídio é um fenômeno humano complexo e, por existir em todas as sociedades já conhecidas e estudadas, é também universal. Sua interpretação histórica tem passado por vários olhares, desde o senso comum que o considera um desvio de comportamento, a religião católica que sempre o julgou uma afronta a Deus, negando sepultura cristã aos que morrem por essa causa; a maioria das teorias contemporâneas que o compreendem como fruto de doenças mentais e algumas correntes filosóficas que o entendem, em extremo, como ato de suprema liberdade.

Desde a obra clássica de Durkheim (1982, p. 16), O Suicídio, escrito no final do século XIX, que assim o definiu: “todo caso de morte que resulte, direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado”, esse assunto passou a fazer parte das reflexões científicas. Esse autor e também Chesnais (1981) consideram que os mesmos impulsos agressivos estão presentes nos atos homicidas e suicidas.

1. Definições sobre Violências Auto-infligidas

As violências auto-infligidas se referem ao comportamento suicida e às diversas formas de automutilação. Sua descrição leva em conta desde pensamentos autodestruidores, planos para se ferir ou se matar até a realização do ato de dar cabo à vida.

Suicídio também chamado tecnicamente “comportamento suicida fatal” é o resultado de um ato deliberadamente empreendido e executado com pleno conhecimento ou previsão de seu desenlace. Na sua definição, a **intencionalidade** de dar cabo à vida por quem o comete é o elemento-chave (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002). **Tentativa de suicídio** ou comportamento **suicida não-fatal** nomeia os atos cometidos por indivíduos que pretendem se matar, mas cujo desfecho não resulta em óbito. **Ideação suicida** se refere aos vários graus de intensidade do pensamento de se matar. Há quem, como Cassorla (1991), que acrescente uma nova categoria: **suicídio inconsciente**, para designar os casos dos indivíduos que se colocam em situações de risco fatal, enfrentando certos estilos de vida autodestrutivos ou mesmo provocando doenças em si mesmo.

O Relatório Sobre Violência da OMS (2002) distingue também três tipos de **automutilação**, ato que consiste na destruição direta e deliberada de parte do corpo ainda que sem intenção de se matar. Apesar de quem se automutila não pretender dar cabo à vida, esse tipo de ação envolve fatores próximos ao comportamento suicida, pois, filosoficamente, o corpo é um todo, não devendo, voluntariamente, serem retiradas partes dele. Do ponto de vista bioético, a automutilação fere a dignidade humana, mais que a realiza (ELLIOT, 2000). Psicologicamente esse fenômeno tem sido interpretado como um refúgio para os que sofrem fortes dores emocionais, sendo-lhes mais facilmente suportável a dor física que a depressão, a irritabilidade intensa e as frustrações (BRUNO, 1997). Nos 194 sites existentes hoje, no <http://dir.group.yahoo.com> (28/1/2004), há grupos que se automutilam e que hoje são conhecidos como wannabes, o tom das discussões é de extremo desconforto com sua situação atual no mundo, desconforto esse expresso em sentimentos de aprisionamento num corpo que não corresponde a sua verdadeira identidade. **Automutilação grave** é o ato de cegar-se ou cortar dedos, mãos, braços, pés, pernas ou genitália. **Automutilação estereotipada** designa os gestos repetidos de se machucar, tais como bater a cabeça, morder-se, arrancar cabelos, efetuar cortes em partes do corpo. **Automutilação superficial ou moderada** distingue-se das categorias anteriores por seu menor grau de gravidade: arranhar-se, queimar-se levemente, enfiar agulha na pele, por exemplo.

Neste documento, a automutilação não será tratada, pois não existem informações específicas sobre o tema nos Sistemas de Informação Brasileiro Sobre Mortalidade e Sobre Morbidade.

2. Análise Quantitativa dos Suicídios e das Tentativas de Suicídio Relativizando os dados

É fundamental começar a descrição dos dados sobre suicídio e tentativas de suicídio no Brasil, buscando relativizar as informações disponíveis. Todos os estudiosos brasileiros que trabalham com o tema são unânimes em mostrar que os números reais são muito mais elevados do que os notificados nas fontes oficiais, pois há vários motivos que levam as pessoas a deturparem as informações. Essa discrepância se deve ao fato

desse tipo de evento ser profundamente marcado por interferências de ordem cultural, religiosa e moral, além da indisponibilidade das informações nos serviços que lidam com registros dos suicídios e das tentativas.

Numa revisão sobre o fenômeno do suicídio, Minayo (1998) assinala o peso dos fatores socioculturais na subnotificação dos casos de suicídio consumados, mostrando que, no Brasil, um país de forte influência da cultura judaico-cristã: (a) freqüentemente os familiares tentam esconder, negociam com quem notifica, revelando as dificuldades microssociais que o lidar com esse fato revela; (b) num nível mais amplo, a sociedade também costuma ficar perplexa com esse tipo de evento, dificultando um conhecimento menos envolvido em preconceitos, em sentimentos de culpa frente à pessoa suicida, na estigmatização da família e do sujeito que se suicidou; (3) além disso, a subnotificação também ocorre por inadequação dos registros; por preenchimento impreciso dos instrumentos de captação de dados; pela existência de cemitérios clandestinos e por destruição de cadáveres.

Outro empecilho é a dificuldade de diferenciar algumas formas de suicídio ou de tentativas de outras que provocam mortes ou lesões, como, por exemplo, os acidentes de trânsito, que por vezes camuflam atos de autodestruição. O indivíduo autodestrutivo, freqüentemente, usa como forma de se matar jogar o carro contra um poste ou se jogar na frente de um veículo, sendo muito difícil constatar a que se deve o fato pretensamente acidental. Há, ainda, circunstâncias em que o suicídio pode ser confundido com morte natural, por exemplo, no caso da pessoa morrer por deixar de se alimentar, deliberadamente. Esse comportamento é mais comum entre idosos e bastante relatado nas ocorrências de doenças ou quando um dos cônjuges, depois de longos anos de convivência, morre, deixando o outro sem maiores expectativas de continuar a viver (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002). Assim, freqüentemente, o conhecimento sobre esse tema permanece como uma informação de âmbito privado.

No que tange às tentativas, acrescenta-se a todos os problemas já citados o fato de que a maioria das ocorrências não chega ao conhecimento das autoridades de saúde. E quando chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nas emergências hospitalares ou nos pronto-socorros costumam assinalar apenas a causa secundária, ou seja, a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos, o que torna as informações pouco confiáveis.

Exemplo disso, pode-se constatar num estudo de caso abrangendo as ocorrências da década de 90, numa cidade do interior de Minas Gerais, com população estimada em cem mil habitantes, em que se constatam elevadas taxas de suicídio e de tentativas. Minayo (2003), a partir de busca ativa, observa notórias discrepâncias entre as várias fontes de informação tanto sobre os atos consumados como sobre os que apenas provocaram lesões e traumas. O setor Saúde foi o que pior informou. Houve uma discrepância de 117% para menos em relação aos registros de morte por essa causa, quando comparadas as informações do Sistema Único de Saúde (SUS) e as do cartório local.

Quanto às tentativas, os registros no Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) dessa cidade assinalaram apenas duas internações no período, enquanto os dados da Polícia Militar, para o mesmo intervalo de tempo, informaram 539 casos. Esse estudo local é um exemplo de que qualquer busca ativa, com certeza, mostraria muito mais ocorrências tanto de suicídios como de tentativas no País.

No entanto, a subnotificação e as discrepâncias das fontes de informação não são novidade e nem um problema só do Brasil. Além de vários autores, a OMS, no Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, ressalta que a maioria dos países não possui dados confiáveis sobre o assunto. Estudos citados nesse documento mostram que, internacionalmente, apenas cerca de 25% dos que cometem suicídio buscam cuidados em hospitais públicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Sobre Suicídios

No ano de 2000, cerca de 815 mil pessoas se suicidaram no mundo inteiro. Um percentual muito mais elevado tentou se matar, demandando cuidados médicos e psicológicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Os mais altos índices, segundo dados dos países que relatam seus óbitos à Organização Mundial da Saúde (OMS), estão nas regiões do leste europeu, com taxas de 51,6 mortes por cem mil habitantes na Lituânia; 43,1 na Rússia; e 41,5 em Belarus. As taxas menores são encontradas nos países latino-americanos e em algumas regiões da Ásia. Na África, ainda são muito imprecisas e escassas as informações sobre o fenômeno, prejudicando qualquer tentativa comparativa.

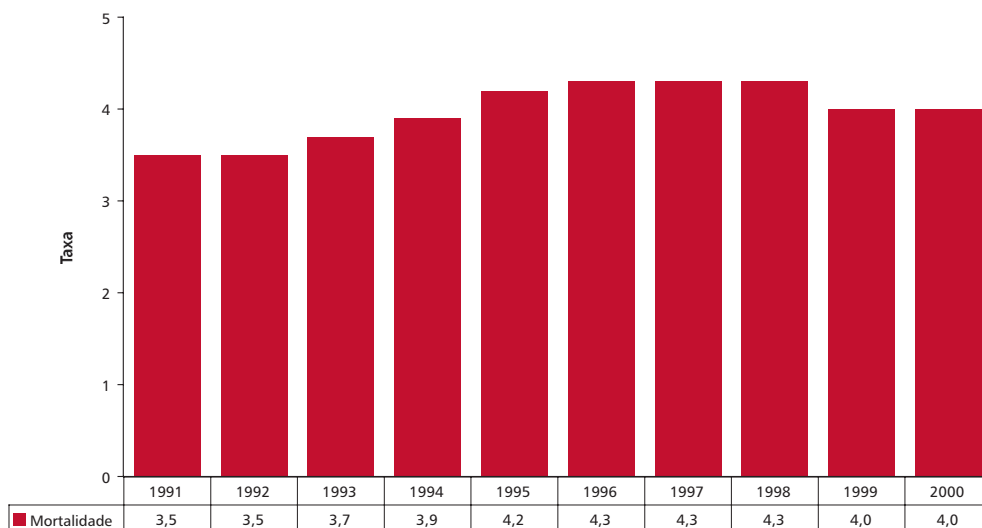
Do Brasil, as informações a seguir descritas contemplam a década de 90 e se referem aos anos de 1991 a 2000 para mortalidade¹. Esses dados foram extraídos do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM)/Datusus/MS. As informações sobre morbidade se referem apenas ao ano 2000, tendo sido extraídas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/Datusus/MS. Utilizaram-se os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) 9ª revisão (E-950.0 a E-959.9) e 10ª revisão (X-60 a X-84). As informações referentes à população residente utilizada para cálculo das taxas corresponderam aos dados estimados pelo IBGE, extraídos da home page do Datusus/MS. As taxas de mortalidade e de internação foram calculadas por cem mil habitantes e se referem ao País, aos estados, às capitais e foram classificadas pelas variáveis sexo, idade e meios utilizados para perpetração ou tentativas de suicídio.

Proporcionalmente, os suicídios têm representado 0,6% do total de óbitos dos brasileiros e 5,6% das mortes por causas externas. As taxas de suicídio no País vêm apresentando, na década, um crescimento de 7,8%, passando de 3,5 por cem mil em 1991 a 4,0 por cem mil em 2000. Essa elevação está distribuída entre as faixas etárias de 20 a 49 anos e, sobretudo, nos grupos masculinos, os mesmos nos quais, nos últimos 20 anos, houve um crescimento de 115% das taxas de homicídio (SOUZA et al, 2002). No entanto, em relação aos suicídios, durante a década há um movimento oscilante e os índices mais elevados se encontram nos anos de 1997 e 1998. Nesses dez anos, o País perdeu 62.480 pessoas que se auto-infligiram a morte, uma cifra impressionante, mas, de longe, muito inferior às das 369.068 pessoas que foram a óbito por homicídios.

¹ As informações de morbimortalidade referentes a suicídios e tentativas foram construídas pelo estatístico João Paulo Costa da Veiga, pesquisador-bolsista do Claves. Ele elaborou o Banco de Dados que deu suporte ao presente capítulo, realizando os recortes necessários nos bancos do SIM e AIH, do DATASUS e construindo as frequências e cruzamentos utilizados na análise apresentada.

Gráfico 1

Taxas de Mortalidade* por Suicídios. Brasil, 1991 a 2000



Óbitos por 100.000 habitantes
 Fonte: SIM/DATASUS

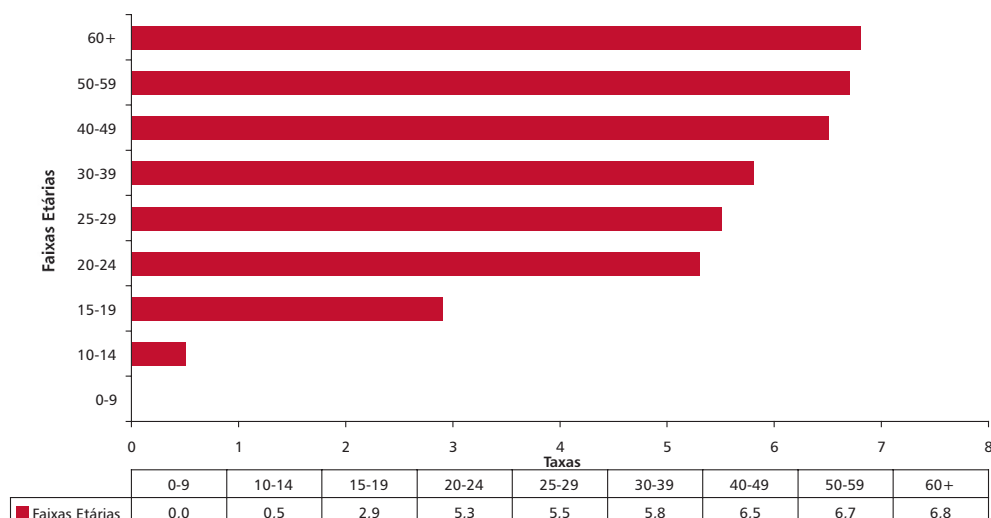
A idade tem sido um marcador importante na epidemiologia do suicídio. Na maioria dos países do mundo, o risco da morte auto-infligida aumenta com o envelhecimento. Pessoas de 75 anos ou mais apresentam uma vulnerabilidade triplicada em relação às pessoas mais jovens, em várias partes da Europa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; CHESNAIS, 1981). Esse fato pode ser constatado, sem tanta ênfase, na distribuição etária no Brasil. Por um cruzamento das taxas por faixas etárias, o grupo mais vulnerável é o dos idosos de 60 anos ou mais com 6,9 mortes por cem mil. A partir dele, segue-se uma escala que diminui com o decréscimo da idade: 6,7 por cem mil no grupo de 50 a 59 anos; 6,5 por cem mil no de 40 a 49; 5,8 por cem mil no de 30 a 39; 5,5 por cem mil no de 25 a 29 anos; 5,3 por cem mil no de 20 a 24 anos; 2,9 por cem mil no de 15 a 19 anos; 0,5 no de 10 a 14 anos e 0,0 por cem mil de 0 a 9 anos.

Chama atenção, no caso brasileiro, primeiro uma certa estabilidade na distribuição por faixa etária em toda a década de 90: os grupos de 20 a 49 anos correspondiam a 62,5% do total dos suicidas em 1991 e a 63,8% em 2000. Os maiores de 50 anos eram e continuam sendo 27% do total. Nas faixas de 0 a 19 anos, houve uma pequena diminuição de 9,5% para 8,7% entre 1991 e 2000.

Numa distribuição proporcional das mortes auto-infligidas, tomando-se por base o ano de 2000, primeiro vem a população na faixa etária de 30 a 39 anos com 21,5% do total. Na década, nesse grupo há uma oscilação para mais, 22,8% em 1997 e para menos, 21,1% em 1999. Em segundo lugar, vêm os de 40 a 49 anos, a faixa que revela a elevação mais significativa nos dez anos estudados, passando de 15,3% para 18,4% do início para o final da década, um crescimento progressivo e consistente no período de 8,2%. Esses dados, de certa forma, concordam e se diferenciam do Relatório da Organização Mundial da Saúde que mostra tendência de aumento das taxas de suicídio em pessoas com menos de 45 anos. Aqui o período se amplia até 49 anos. O documento da OMS assinala essa tendência em países como o Canadá, a Austrália, a Nova Zelândia, o Kuwait, o Equador, as Guianas, o Reino Unido.

Gráfico 2

Taxas de Mortalidade* por Suicídios segundo Faixas Etárias. Brasil, 2000



Óbitos por 100.000 habitantes

Fonte: SIM/DATASUS

Em terceira posição, proporcionalmente, está a população de 60 anos ou mais com 14,7% dos óbitos totais. O lugar desse grupo no conjunto permanece constante em toda a década. Em quarto lugar vêm os jovens de 20 a 24 anos com 12,3%: em quinto, os de 50 a 59 anos, com 12,3% e logo a seguir, os de 25 a 29 anos, com 11,2%. Os grupos de 15 a 19 anos correspondem a 7,7% e o de 10 a 14 anos constitui 1,2% do conjunto. Nas faixas citadas acima, neste parágrafo, a situação é estável quando se considera a proporcionalidade. Nas idades de 0 a 9 anos não foram notificados suicídios em 2000 e em toda a década, apenas em 1996 e 1999, esse grupo entra nas estatísticas com a proporção de 0,1%.

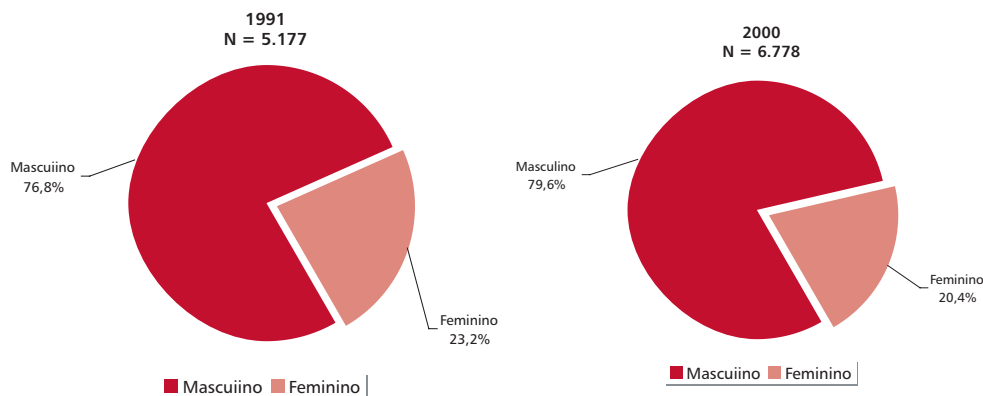
Em terceira posição, proporcionalmente, está a população de 60 anos ou mais com 14,7% dos óbitos totais. O lugar desse grupo no conjunto permanece constante em toda a década. Em quarto lugar vêm os jovens de 20 a 24 anos com 12,3%; em quinto, os de 50 a 59 anos, com 12,3% e, logo a seguir, os de 25 a 29 anos, com 11,2%. Os grupos de 15 a 19 anos correspondem a 7,7% e o de 10 a 14 anos constitui 1,2% do conjunto. Nas faixas citadas anteriormente, neste parágrafo, a situação é estável quando se considera a proporcionalidade. Nas idades de 0 a 9 anos, não foram notificados suicídios em 2000 e, em toda a década, apenas em 1996 e 1999 esse grupo entra nas estatísticas com a proporção de 0,1%.

Olhando-se as informações por sexo no mundo, da mesma forma que no caso dos homicídios, os homens se matam mais que as mulheres: as taxas para a população masculina são de 24 por cem mil habitantes e 6,8 por cem mil para o sexo feminino (BRASIL, 2002). No caso brasileiro, inclusive se observa um crescimento real e proporcional do primeiro grupo sobre o segundo, do início para o final da década de 90. Em 1991, houve 3.978 suicídios de homens, 76,8% do total e 1.199 de mulheres, correspondendo a 23,1%. O grupo masculino terminou a década com 5.397 suicidas (79,6%) e o feminino com 1.381, ou seja, observa-se um crescimento de auto-extermínio entre as mulheres, em termos absolutos, mas comparativamente menor (20,4%) do que entre os homens.

Os suicídios no Brasil são cometidos prioritariamente por enforcamento, o que correspondia, em números absolutos, a 2.403 (46,4%) do total em 1991 e a 3.488 (51,5%) do total em 2000, evidenciando-se a persistência do método preferencial para se matar. Em segundo lugar, vem o uso de armas de fogo (19,6%) e, em terceiro, o envenenamento por drogas e medicamentos. Essas três estratégias para se auto-infligir a morte são mais ou menos constantes e persistentes em toda a década. Em 1991, correspondiam a 78% dos mecanismos e, em 2000, a 84,4%. Enquanto os estudos sobre homicídios revelam o crescimento do emprego das armas de fogo como instrumento principal de produzir a morte em terceiros, no caso dos suicídios, o que cresce é o uso do enforcamento e do envenenamento. As armas, como mecanismo de autodestruição, apresentam um leve aumento de 1993 a 1998 e depois o seu uso torna a cair, o que sugere um perfil diferente entre os dois grupos que morrem por violência no Brasil.

Gráfico 3

Distribuição Proporcional de mortalidade por suicídios. Brasil, 1991 e 2000



Fonte: SIM/Datasus

Deve-se agregar a essas informações, as formas diferenciadas de se registrarem os laudos pelos Institutos Médicos-Legais: nos casos dos enforcamentos e armas de fôgos, são emitidas declarações de óbitos com o laudo pericial; já os laudos periciais dos casos suspeitos de intoxicações exógenas e envenenamentos necessitam de exames toxicológicos. Isso leva mais tempo para produzir resultados, implicando em declarações de óbitos por causas indeterminadas, uma vez que a suspeita não permite ao legista a determinação da causa da morte. A maioria dos serviços não faz a correção dos atestados quando os exames toxicológicos estão prontos. São necessários estudos para que essas informações possam ser melhor qualificadas.

Analisando os números, as proporções e as taxas de suicídio nas capitais brasileiras é possível diferenciar seus perfis de magnitude. As taxas das seguintes capitais, em 2000, estão

bem acima do que é a média para o País: em 1.º lugar está Boa Vista com 8,0 por cem mil, situação que se mantém elevada durante toda a década. A segunda posição é de Rio Branco que apresenta um movimento oscilante: sobe a 9,2 em 1993, desce a 2,7 em 1999 e fica em 7,1 por cem mil no ano 2000. Em terceiro lugar, vem Porto Alegre que, embora tenha taxas discrepantes durante a década, ressalta uma tendência de crescimento: 4,0 por cem mil em 1991 e 7,1 por cem mil em 2000. No quarto lugar, está Goiânia que também revela uma elevação progressiva nas taxas, passando de 2,9 por cem mil em 1991 a 6,7 por cem mil em 2000. No quinto, posiciona-se Florianópolis que parte de uma base de 2,3 por cem mil (muito inferior à do País que era, então, 3,5 por cem mil) em 1991, tem um pico de 10 por cem mil em 1998 e chega a 6,4 por cem mil em 2000.

Em oposição, os índices menos elevados são, em ordem crescente, primeiro de Salvador com 0,6/100.000. Suas taxas, na década oscilam entre 0,1/100.000 (1991) a 0,9/100.000 em 1993 e 1996. Na segunda posição está Natal com 0,8/100.000; em terceira, João Pessoa com 1,3/100.000; e em quarta, Maceió com 1,5/100.000. As três mostram tendência decrescente: a primeira começou a década com taxas de 3,6/100.000, a segunda, com 2,4/100.000 e a terceira, com 2,5. Em quinto lugar vem o Rio de Janeiro, que ao contrário das três citadas anteriormente, vem de 1,1/100.000 em 1991 e chega a 2,5 em 2000.

É digno de nota o crescimento das taxas de suicídio em algumas outras capitais que ficam numa posição intermediária em relação à situação do Brasil: Teresina sai de uma posição de 1,5 por cem mil em 1991, tem picos de 5,2 e 5,7 em 1996 e 1998, respectivamente, e chega em 2000 com taxa de 3,8 por cem mil. Campo Grande parte de uma base de 2,3 por cem mil em 1991, suas taxas se elevam para 7,1 em 1993; 7,3 em 1995; 7,8 em 1996 e chega ao final da década com 5,3 por cem mil. Cuiabá, embora exiba índices relativamente baixos, também aponta no sentido do incremento: sai de

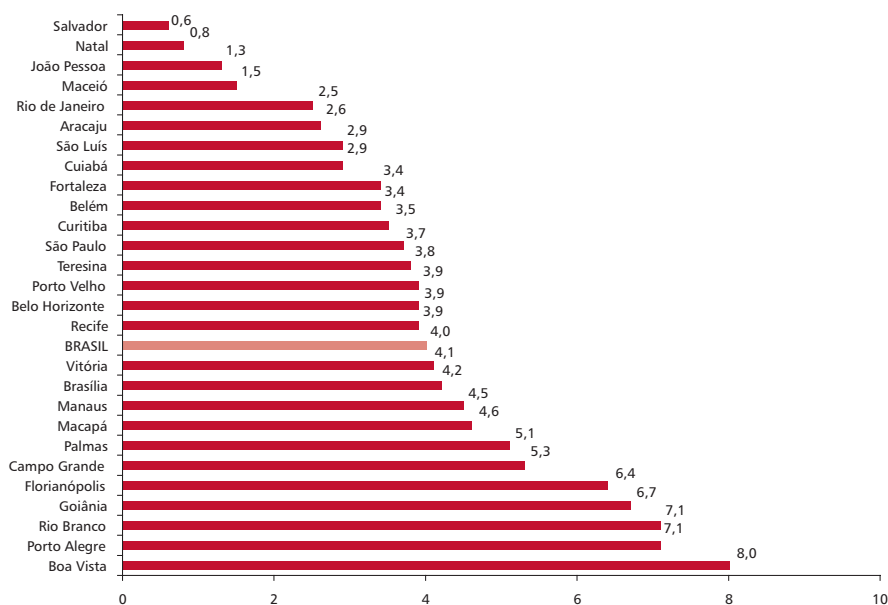


Gráfico 4

Taxas de Mortalidade* por Suicídios. Capitais, 2000

*Óbitos por 100.000 habitantes

Fonte: SIM/Datasus

0,5 por cem mil em 1991, tem picos de 4,8 em 1995 e 6,2 em 1996 e chega ao final da década com 2,9 por cem mil.

As informações permitem perceber, por outro lado, uma tendência a queda nas taxas de algumas outras metrópoles. Por exemplo, Brasília parte de 5,7 por cem mil em 1991, tem as taxas mais elevadas em 1995, 1996, 1997: 6,0, 6,5, 6,2, respectivamente, e chega em 2000 com 4,2 por cem mil. Vitória sai de 7,7 por cem mil em 1991 e chega a 4,1 por cem mil em 2000. Belém inicia a década com taxas de 4,7, tem forte aumento em 1996 (7,4), 1997 (6,7), 1998 (7,8) e chega a 3,4 por cem mil em 2000. São Paulo sai de uma base de 4,9 chega em 1997 com 5,7 e, em 2000, fica abaixo da média nacional com 3,7 por cem mil.

Um grupo de capitais, apesar de evidenciarem algumas oscilações em seus dados, revela taxas mais ou menos constantes, como é o caso de Porto Velho, Manaus, Macapá, São Luís, Fortaleza, Recife, Belo Horizonte e Curitiba.

Sobre tentativas de suicídio

No Brasil, no ano 2000, chegaram às unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo cuidados médicos e seus casos foram notificados como tentativas de suicídio, um total de 9.312 pessoas. Obviamente, como já se assinalou anteriormente, trata-se de uma cifra irrisória em relação à ocorrência desse fenômeno na sociedade nacional. No entanto, tais números serão a base da seguinte reflexão, pois fora esses registros não existem outros que possam servir de contraponto. Em seu conjunto, esses 9.312 pacientes precisaram de 36.699 dias de internação e foram responsáveis por R\$ 2.994.944,42 de gastos para a recuperação emergencial de sua saúde. A média de gastos por pessoa foi de R\$ 321,62 e o tempo médio de internação, 3,9 dias. O grupo de mais de 60 anos teve o tempo de permanência mais elevado, 5,2 dias. O sistema não informa sobre a continuidade de tratamentos, nem sobre os cuidados de ordem mental e emocional necessários à prevenção de novas tentativas de morte. Mas, assinala que, do total dos que acorreram aos serviços, 301 pessoas morreram.

Do conjunto de elementos utilizados para provocar o suicídio, os envenenamentos constituem a principal causa de internação, embora exijam menos tempo de permanência (3,4 dias) e o custo do tratamento seja relativamente baixo (R\$ 218,19). Sobre esse ponto, além dos registros hospitalares, existe no Brasil um Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox)² que permite apontar algumas variáveis interessantes na dinâmica dos casos que chegam aos hospitais e são relatados ao sistema. Das ocorrências registradas em 2000, referentes à intoxicação humana por

² O Sistema Nacional de Intoxicações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) se localiza no Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz e neste momento reúne dados de 31 centros distribuídos pelo País. Embora represente importante forma de registro sobre intoxicações por envenenamentos, não pode ser tomado como fonte confiável em relação ao universo total das tentativas de suicídio por essa causa e nem em relação aos outros eventos que pretende notificar, pois não tem caráter compulsório e não abrange todas as informações do País.

agentes tóxicos, as tentativas de suicídio corresponderam a 20,1% do total. Foram notificados 14.649 episódios. Dentre os agentes tóxicos mais utilizados nessas tentativas estão os medicamentos, respondendo por 8.247 dos casos ou 56,3% do total. A seguir, vêm as 2.060 pessoas (14,4%) que usaram raticidas e as 1.933 (13,2%) que se envenenaram com agrotóxicos de uso agrícola, evidenciando-se que 83,6% das tentativas de suicídio são cometidas pelo uso desses três agentes tóxicos. A seguir, vêm os pesticidas de uso doméstico; os domissanitários; os produtos químicos industriais; produtos desconhecidos; produtos veterinários; drogas de abuso; plantas; cosméticos; metais e alimentos. Um número residual de 65 se deve a agentes tóxicos não especificados (BRASIL, 2004)³.

De todas as lesões provocadas por tentativa de dar cabo à vida, as que são realizadas por meio de fogo são as mais danosas, embora ocorram com menor frequência se comparadas aos envenenamentos. Esse grupo de lesões tem um custo médio de R\$ 1.327,81 por pessoa que permanece cerca de dez dias no hospital. A seguir, vêm os que se atiram de lugares altos (cerca de R\$ 697,28 e 8,1 dias de internação); os lesados por arma de fogo (cerca de R\$ 687,44 e 6,4 dias de permanência hospitalar) e os que tentam se enforcар (cerca de R\$ 422,27 e passam 3,7 dias no hospital).

Classificando-se por idade e sexo, dos homens que se internam por tentativas de suicídio, estão em primeiro lugar os de 30 a 39 anos (10,9 por cem mil), vindo a seguir os de 40 a 49 (10,6 por cem mil); os de 25 a 29 anos (9,5 por cem mil); os de 20 a 24 (8,3 por cem mil); e os de 50 a 59 (8,3 por cem mil). Para os maiores de 60 anos, a taxa é de 5,8 por cem mil. No grupo jovem, de 15 a 19 anos, o índice é de 5,5 por cem mil; de 10 a 14, de 2,5 por cem mil e de 0 a 9, de 2,4/ por cem mil. Dentre as mulheres, o grupo que mais recorre aos serviços de saúde por tentativas de suicídio, ao contrário do que ocorre no perfil masculino, é o da faixa de 15 a 19 anos com uma taxa de 6,8 por cem mil de internação. A seguir, vêm as mulheres de 30 a 39 anos (5,8 por cem mil) e as de 25 a 29 anos (5,7 por cem mil).

Internacionalmente, os dados mostram que mais homens cometem suicídio em relação às mulheres, o que é verdadeiro no caso brasileiro. Porém, as informações de internação do SIH/SUS (que precisam ser extremamente relativizadas como já foi dito) questionam a evidência quase universal de que as mulheres cometem mais tentativas que os homens. Segundo o SIH/SUS, menos mulheres foram internadas por tentativas de suicídio no ano 2000 (3,3 por cem mil), do que homens, (5,8 por cem mil) com tempo médio de permanência no hospital semelhante para os dois sexos. Isso correspondeu a 5.675 homens e 3.637 mulheres. Apenas nos grupos de 10 a 14 e de 15 a 19 as meninas superaram os meninos. Respectivamente, foram 221 e 498 rapazes para 235 e 607 moças.

³ A mera existência dos dados do Sinitox (que, como já se assinalou, não são abrangentes para todo o País) já revela a abissal subnotificação que existe sobre tentativas de suicídio no País, pois esse sistema sozinho, mesmo tendo problema de abrangência e notificando apenas uma das diferentes estratégias usadas pelos brasileiros para tentar se matar, consegue apresentar números muito mais elevados do que os que constam do SIH/SUS.

Cabe ressaltar que o SIH/SUS não informa sobre pacientes que dão entrada nas emergências dos hospitais e ficam internados por menos de 24 horas. Estudos significativos a respeito desse período não estão disponíveis, mas levantamentos parciais das emergências, como o de Ximenes no Hospital Getúlio Vargas no Rio de Janeiro (2004), apontam uma maior frequência de tentativas feitas por mulheres com intoxicações leves, o que justifica a internação por menos de 24 horas.

3. Abordagem compreensiva do suicídio e das tentativas

“Su cadáver estaba lleno de mundo”⁴

Suicídio como construção histórico-social

Em geral, na história universal há escassez de registros sobre suicídio e automutilações, o que pode ser reflexo do mal-estar que esse tema costuma trazer. Sobretudo para culturas de origens judaico-cristãs, tirar a própria vida, sob qualquer pretexto, tem uma conotação totalmente negativa. Embora seja dominante a idéia do suicídio como um comportamento proscrito, alguns registros culturais mostram que nem sempre esse ato foi tratado como um problema de caráter patológico ou transgressor. Por exemplo, em algumas culturas como a esquimó e a samoana, o suicídio é aceito e até estimulado para os velhos e os doentes (JAMISON, 2002). As viúvas e os escravos no Antigo Egito, após a morte de seus senhores, eram forçados a se matar. Vestígios da mesma prática foram encontrados no Peru, no túmulo recém-descoberto do Senhor de Cipan que viveu no século XIV. As práticas de auto-extermínio de pessoas subordinadas eram induzidas por maridos e donos de escravos para evitar que as mulheres e os empregados planejassem matá-los, segundo interpretação de Parreira (1988).

Na Grécia Antiga, cada escola filosófica tinha seu modo de conceber a morte auto-infligida. Os estoicos e os epicuristas acreditavam que o indivíduo tinha o direito de se matar e escolher os métodos e a hora de sua morte. Para essas duas escolas de pensamento, a vida só mereceria ser vivida se trouxesse mais satisfações que aborrecimentos. Porém, mesmo nessa época histórica, nem todos pensavam assim. Os pitagóricos eram totalmente contrários ao homicídio de si mesmo. Para eles, a relação entre corpo e alma seria regida por números e o suicídio quebraria a harmonia natural dessa conjunção.

Segundo Minois (1998), Platão condenava o suicídio, mas não de forma rigorosa, porque, para ele, existiam exceções como o sofrimento por doenças incuráveis e dolorosas e a certeza de um destino miserável ou humilhante, fatos que justificavam o auto-extermínio. Aristóteles era mais rígido em sua postura filosófica: condenava todas as formas de suicídio. Os pensadores da Antiguidade Romana também não fo-

⁴ Esta expressão que dá título à análise sobre os suicídios é tirada de um poema do poeta peruano, César Vallejo, Los Nuevos Monstruos. Autor que viveu de 1892 a 1939. VALLEJO, C. Obras Poéticas Completas. Habana: Casa de las Américas, 1975.

ram unânimes nesse assunto. A sociedade se dividia entre a rejeição e a admiração pela coragem de quem era capaz de manifestar sua liberdade ao autodeterminar sua própria morte para escapar das formas de opressão. Essa última posição se apoiava nos princípios da filosofia estoica. No século II a.C, com o declínio do estoicismo e o enrijecimento da legislação romana, venceu, progressivamente, a visão moral de condenação do suicídio.

Nos quatro primeiros séculos do cristianismo, pode-se dizer que houve um longo período de ambigüidade interpretativa. A partir de então, o discurso da Igreja Católica se tornou totalmente contrário a esse ato, e os suicidas passaram a sofrer um processo de interdição absoluta. O discurso de Santo Agostinho, por exemplo, os condena terminantemente dizendo que ninguém tem o direito de espontaneamente se entregar à morte sob o pretexto de escapar aos tormentos passageiros, sob pena de se mergulhar nos tormentos eternos. Segundo esse teólogo, o suicídio contraria o sexto mandamento da Lei de Deus: “Não matarás” e por isso é um ato condenável e criminoso. Apesar da interdição peremptória, há contradições na visão da Igreja, cujo exemplo clássico se pode encontrar na narrativa da morte de Santa Pelágia, uma jovem que se matou para defender sua virgindade (XIMENES, 2004).

Na Idade Média, o suicídio passou a ser terminantemente condenado no Ocidente. Profundamente marcada pela hegemonia católica romana e pela filosofia judaico-cristã, a sociedade ocidental adotou a crença de que só Deus poderia dar e tirar a vida. A decisão da própria autodestruição constituiria, pois, uma afronta à onipotência divina. O suicídio tornou-se um ato condenado, um sacrilégio e uma afronta ao sentido sagrado da vida. A quem o cometia eram negados ritos fúnebres. Os cadáveres dos que se matavam passaram a ser queimados e dependurados pelas ruas para o escárnio público. A condenação do suicida foi estendida a seus familiares, que, em represália, eram despojados de seus bens pela Igreja (PARREIRA, 1988).

Porém, mesmo na Idade Média, o suicídio de nobres e camponeses era tratado de modo diferente e, mais que o ato em si mesmo, importavam os motivos e a origem social da pessoa que se matava (MINOIS, 1998). O suicídio de nobres, na maioria das vezes, era visto como um ato de coragem (como, por exemplo, após a derrota em uma batalha); de amor (por exemplo, ao se deparar com um obstáculo intransponível à sua realização) ou mesmo de loucura, sendo, portanto, socialmente desculpável. Já o suicídio de camponeses era considerado um ato egoísta e covarde cometido por pessoas que fugiam a suas responsabilidades e estariam sob a inspiração do diabo.

São Tomás de Aquino, em sua Súmula Teológica, afirma que o suicídio é um atentado contra a natureza, porque contradiz o princípio natural de viver; um atentado contra a sociedade, porque todos fazem parte de um grupo e têm um papel a desempenhar aí; e um atentado contra Deus, autor e dono da vida. Os argumentos de São Tomás de Aquino serão invocados pela Igreja por toda a história, a partir de então.

No Renascimento, as idéias pluralistas e contraditórias a respeito do suicídio, a exemplo da Antiguidade, voltaram à tona, deixando de lado o pensamento único próprio da Idade Média. Porém, a condenação desse ato por parte dos cristãos continuou absoluta, sendo reforçada pelas doutrinas calvinista, luterana e anglicana. Os textos da Reforma consideraram o matar-se um ato diabólico.

O Renascimento foi caracterizado pela expansão do individualismo, levando a que os valores tradicionais e as verdades absolutas começassem a ser fortemente contestadas por idéias pluralistas. As vivências de mudanças culturais profundas promovidas nesse período histórico significaram, também, um tempo de angústias, desestabilização e impotência, registrados em romances e memórias que falavam de intensos questionamentos do sentido da vida e do crescimento de ocorrências de suicídios. Apesar das religiões protestantes, em pleno florescimento, condenarem o suicídio, suas idéias de livre arbítrio, supressão da confissão e consciência da fraqueza humana colocavam em pauta o sentido e a faculdade do ser humano dispor de sua própria vida.

De qualquer forma, é importante observar que o fenômeno do suicídio sempre, desde os gregos, foi colocado na pauta dos problemas filosóficos e invadiram o campo da literatura antes de compor o repertório das indagações da medicina e da psicologia. Entre 1560 e 1620, em romances, poesias e peças teatrais, encontram-se tramas em que o suicídio é colocado, tornando popular o debate sobre seu sentido e suas circunstâncias. A peça Hamlet de Shakespeare o traz aos palcos europeus a partir da questão “Ser ou não ser?” Em toda a obra desse clássico autor, é encontrada a dramatização de 53 casos de suicídio. Destaca-se, pela sua popularidade, a teatralização do duplo suicídio de Romeu e Julieta, apresentando o lado poético e dramático do fenômeno. Minois (1998) pontua que o suicídio literal e teatral representa um papel de terapia social, ajudando o debate travado por uma geração perturbada pela mudança de valores e em questionamento sobre o sentido da vida e da morte.

No século XVII, as autoridades religiosas, moralistas e juristas passaram a reprimir o suicídio, reagindo ao liberalismo com que foi tratado no Renascimento. Os religiosos e os moralistas passaram a ser bem mais rigorosos na oposição a esse ato de disposição da vida, enquanto os juristas tenderam a ser mais indulgentes em suas reflexões, discutindo a sanção de confisco proposta pelas igrejas. Alguns consideravam, por exemplo, que o confisco só deveria ser efetuado quando a pessoa tivesse cometido algum outro crime antes de se matar. Cada vez mais os juízes evitavam deixar viúvas e órfãos de parentes suicidas na miséria, usando a estratégia de subavaliar os bens do morto.

No século XVII, a medicina entra no debate, considerando o suicídio uma doença somática. Para muitos médicos, esse ato poderia estar vinculado às situações de depressão, quase sempre proveniente da presença de humor melancólico negro no sangue. O termo suicídio, porém, é novo. De origem latina, significa *sui* (de si próprio) e *caedes* (crime). Surgiu no século XVII na Inglaterra, tendo sido primeiramente usado por Sir Thomas Browne em seu livro *Religio Médici* escrito em 1642 (MINOIS, 1998).

No século XVIII, repetindo a relevância ocorrida na Renascença, o tema do suicídio outra vez passa a fazer parte do debate público, apesar dos esforços dos diferentes governos e das religiões hegemônicas que sempre buscaram deter as discussões sobre esse fenômeno tão relevante e expressivo na Europa.

Em 1774, Goethe publicou “Os sofrimentos do jovem Werther” um romance em que o personagem principal e que dá nome ao livro vive apaixonado romance com uma jovem que conheceu num baile e por quem foi relegado. Por isso, avaliando a sua vida sem sentido, dá-lhe um desfecho fatal por meio do suicídio. O livro fez grande sucesso na Europa, e em dez anos foi reeditado por 15 vezes. Muitas pessoas se suicidavam, a

exemplo do personagem principal. Muitas foram encontradas mortas tendo nas mãos o livro de Goethe. A obra passou a ser proibida por autoridades protestantes e católicas em algumas regiões da Europa e, Goethe, acusado por um importante pastor, de mostrar um ato infame como heroísmo. Goethe publicou ainda outro livro, o clássico Fausto, no qual o suicídio é enfocado do ponto de vista filosófico. A obra narra a história de um sábio que se desespera por não poder atingir o conhecimento universal, por isso escolhe morrer, mesmo sob o risco de encontrar o inferno ou o nada. Porém, por seu caráter mais popular, foi “O sofrimento do jovem Werther” o livro mais condenado à época, sob a justificativa de que influenciava as escolhas de suicídio por parte dos jovens, no século XVIII.

Em 1774, Goethe publicou Os Sofrimentos do Jovem Werther, um romance em que o personagem principal e que dá nome ao livro vive um apaixonado romance com uma jovem que conheceu num baile e por quem foi relegado. Por isso, avaliando a sua vida sem sentido, dá-lhe um desfecho fatal por meio do suicídio. O livro fez grande sucesso na Europa, e em dez anos foi reeditado por 15 vezes. Muitas pessoas se suicidavam, a exemplo do personagem principal. Muitas foram encontradas mortas tendo nas mãos o livro de Goethe. A obra passou a ser proibida por autoridades protestantes e católicas em algumas regiões da Europa e Goethe foi acusado por um importante pastor de mostrar um ato infame como heroísmo. Goethe publicou ainda outro livro, o clássico Fausto, no qual o suicídio é enfocado do ponto de vista filosófico. A obra narra a história de um sábio que se desespera por não poder atingir o conhecimento universal, por isso escolhe morrer, mesmo sob o risco de encontrar o inferno ou o nada. Porém, por seu caráter mais popular, foi O Sofrimento do Jovem Werther o livro mais condenado à época, sob a justificativa de que influenciava as escolhas de suicídio por parte dos jovens, no século XVIII.

No século XIX, o chamado Século das Luzes, o tema do suicídio foi perdendo a tutela religiosa na sua definição, a favor de seu reconhecimento como fato social, a ser compreendido dentro da dinâmica específica e histórica de cada sociedade. Essa laicização do tema levou a que as penalizações fossem paulatinamente passando a ser objeto de normas sociais, embora a forte cultura religiosa tenha continuado a impregnar suas interpretações até os dias de hoje.

Nas sociedades ocidentais modernas, continua interiorizada a idéia de que o suicídio é um ato condenável, infligindo a noção de culpa aos indivíduos e à sociedade. Permanecem as interdições sociais à autodestruição considerada, até hoje, ato contra Deus, debilidade mental, flagelo ligado ao materialismo, “uma doença do espírito, da consciência e da sociedade” (MINOIS, 1998, p. 396). Nesse sentido, apesar de muitas informações sobre o tema, objeto inclusive de um clássico tratado sociológico, não se pode afirmar que sua interpretação evoluiu muito da que lhe foi dada no Século das Luzes. Sua forma específica de discussão atual aparece abertamente no debate sobre eutanásia e sobre o suicídio assistido.

O termo eutanásia vem do grego significando “boa morte” ou “morte apropriada”. Foi proposto por Francis Bacon em 1623 em sua obra *Historia vitae et mortis*, como sendo o tratamento adequado para doenças incuráveis. Sua aceitação do ponto de vista médico é questionada e a Associação Médica Mundial, desde 1987, na Declaração de Madri, a considera um procedimento eticamente inadequado (GOLDIM, 2004).

Em países como a Holanda, a eutanásia foi legalizada em 1993 e sofreu emendas e incorporações num novo texto aprovado em 11 de abril de 2001. O tema vinha sendo discutido desde 1970, para casos em que o paciente tenha uma doença incurável, sintas dores insuportáveis e tenha pedido, voluntariamente, para morrer. Mesmo assim a legislação exige a opinião de um segundo médico. Nesse país, foi criado inclusive um sistema de notificação sobre os procedimentos de eutanásia, para os quais existem critérios muito claros. Goldim (2004) assinalada que em fevereiro de 2000 foi publicado na Holanda um estudo que levanta 535 casos de eutanásia e 114 de suicídio assistido. Diz esse estudioso que muitos suicídios assistidos se tornaram eutanásia pela necessidade do apoio médico na administração de alguma droga em dose letal.

No Brasil, a eutanásia continua a ser considerada homicídio, embora tramite no Senado Federal, desde 1996, um projeto tentando legalizar a morte sem dor. Segundo Goldim (2004), a proposta brasileira que é tratada, também, nos §§ 3º e 4º do art. 121 do Código Penal é bastante falha e contraditória na abordagem de questões fundamentais. O largo tempo que o projeto tramita no Senado é um dos indícios das dificuldades que a cultura nacional tem para lidar com o tema.

Modelos explicativos

Sobre a violência auto-infligida (termo usado pela OMS em seu Relatório Sobre Violência e Saúde) há hoje três modelos explicativos principais: (a) o sociológico que o trata no contexto histórico e cultural; (b) o psicológico que o considera como resultado de conflitos internos dos indivíduos; e (c) o nosológico, em que esse problema é visto como enfermidade. Em todos os três, há limitações disciplinares específicas e, ao mesmo tempo, ênfases em aspectos da reconhecida e complexa relação entre indivíduo e sociedade. Nos casos que se tem estudado (MINAYO, 2003; CASSORLA; SMEKE, 1994), observa-se que há uma confluência dos três tipos de circunstâncias em quase todos os episódios.

Investigadores e médicos cada vez mais trabalham também com as tentativas de suicídio, considerando sua relevância para a saúde, pois é sabido que existem relações importantes, embora não determinantes, entre idéias (ideações), tentativas e ato fatal. As tentativas se caracterizam por serem atos de automutilação, de auto-envenenamento ou até de intoxicações medicamentosas com uma dosagem acima da esperada, deliberadamente ultrapassada, sem que tivesse havido uma intenção de morte. Há tentativas de suicídio consideradas sérias ou leves, fronteira difícil de se medir em muitos casos. A gravidade do ato está relacionada à potencialidade autodestrutiva que o acompanha, quando não se ultrapassa um ponto sem retorno, no instante em que a reversibilidade ou a intervenção salvadora ainda é possível (SAMPAIO, 1991, p. 40). Vários autores, principalmente os que trabalham com a teoria sistêmica de família, têm aprofundado a idéia de que as tentativas de suicídio são uma forma de comunicação.

O modelo sociológico provém, principalmente, da obra de Durkheim (1982). Quando concebido por esse autor, visava a conceituar e a explicar esse drama social no contexto histórico europeu, no final do século XIX. Sumariamente, o autor classifica o fenômeno nos seguintes tipos: suicídio egoísta: resultado de uma individualização excessiva; suicídio altruísta: concebido como um dever e um gesto impessoal, de forma a subordinar os interesses coletivos aos individuais; suicídio anômico: associado a desregramento e crises, cujas origens estão no enfraquecimento das redes sociais.

Tanto no suicídio egoísta como no anônimo, segundo Durkheim, a sociedade não está suficientemente introjetada nos indivíduos. No caso do tipo altruísta, ao contrário, o indivíduo é totalmente absorvido pela sociedade. Enquanto fato social, o problema do suicídio, portanto, está situado no grau de integração entre os dois pólos.

Embora a idéia da intencionalidade e das motivações do indivíduo estivesse presente na própria definição do autor, o embricamento entre a questão social e as razões individuais foi um tema propositalmente não tratado pelo autor. Durkheim relacionou também o que denomina corrente suicidógena, ou seja, o aumento anormal das taxas de suicídio, fenômeno associado às profundas transformações no modo de produção e nas relações sociais de trabalho em toda a Europa, no final do século XIX. Fundamentando-se em Quételet (1835), entende-se o suicídio como sendo vinculado a forças sociais que transcendem aos indivíduos, mostrando, com dados, que seu incremento é inversamente proporcional ao grau de integração das pessoas à sociedade e varia de acordo com a cultura: “cada povo tem pelo suicídio, uma tendência que lhe é própria” (QUÉTELET, 1982, p. 22). Sua observação é de que existe uma certa constância nas taxas de suicídio vinculada à tese de que elas refletem uma determinada forma de organização social. Um estudo de caso numa cidade mineira, já citado anteriormente, evidencia a tendência de crescimento das taxas de morte e de tentativas, num contexto social, histórico e cultural marcado por mudanças profundas no plano econômico político e ideológico.

Embora os dados do Relatório da OMS (2002) não mostrem correlação entre suicídio, renda e desemprego, no Brasil, duas pesquisas, uma de cunho compreensivo (MINAYO, 2003) e outra, uma abordagem epidemiológica (MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003), apontam alguns elementos nesse sentido. O primeiro, numa cidade de cerca de cem mil habitantes, com problemas de “depressão social”, tem propiciado na população desejos imaginários de morte e o aumento real das taxas de suicídio. As maiores proporções de suicídio encontram-se nas faixas etárias consideradas produtivas e entre trabalhadores de baixa renda que exercem atividades informais e desempregados, ressaltando a relação entre falta de perspectivas de vida (sobretudo desemprego) e crise econômica como ingredientes que compõem o conjunto de fatores que se incluem nos desfechos fatais. Durkheim (1982), em seu clássico estudo, e Sampaio (1991), com larga experiência clínica, destacam que o incremento de taxas de suicídio, sobretudo entre os jovens, costuma associar as situações de bruscas mudanças no quadro social à falta de perspectiva quanto ao futuro. Os jovens suicidas tendem a introjetar as “anomias”, conceito durkheimiano, para falar da desagregação social; das contradições trazidas pelo excesso de rigidez no meio por eles freqüentado ou da falta de esquemas referenciais para dar respostas a suas interrogações e necessidades sociais presentes e futuras (DURKHEIM, 1982; SAMPAIO, 1991).

A segunda pesquisa brasileira, realizada por Marin-León e Barros (2003), analisa dados de Campinas, uma cidade de porte médio, e revela que, a partir da década de 70, observa-se forte correlação entre as curvas de crescimento de desemprego com as de suicídio masculino. Essa associação tem sido também assinalada internacionalmente por Ostamo et al (2001) em Helsinqui; por Qin et al (2003) na Dinamarca e por Lewis & Slogget (1998) na Inglaterra. Esses autores concluem que a correlação entre desemprego e suicídio é mais forte que qualquer outro indicador socioeconômico.

Marin-León e Barros (2003) evidenciam também que, em relação à renda, os coeficientes de suicídio são mais elevados nos extremos mais baixos e mais altos. As autoras assinalam que, em Campinas, nos extratos mais baixos, o fenômeno é muito mais significativo entre os idosos. É de se observar que, em ambas as situações, há ainda forte correlação de gênero, pois os fracassos no desempenho do homem como provedor costumam exacerbar os conflitos familiares, o consumo de álcool e outras drogas e vir associado a tentativas e cometimento de suicídio.

No caso das mulheres, o estudo de caso já citado (MINAYO, 2003) evidencia menor frequência de suicídios consumados e maior frequência de tentativas de suicídio, principalmente entre adolescentes, jovens e donas de casa, numa associação muito forte entre vitimização por violência conjugal e violência intrafamiliar, com ênfase para os abusos sexuais. Corroborando com esse último ponto, Lippi (2003) acompanhou, durante dez anos, pacientes que deram entrada no pronto-socorro de Belo Horizonte com diagnóstico de tentativas de suicídio e encontrou correlação muito positiva entre esses atos e episódios de violência psicológica e abuso sexual na infância. Seus achados documentados em análise epidemiológica e de histórias de vida evidenciam freqüente associação de várias formas concomitantes de violência sofridas e tendência a querer dar cabo à vida. O abuso sexual foi ressaltado como o mais forte elemento predisponente.

A correlação entre fator étnico e suicídio tem sido uma constante nos estudos epidemiológicos. Pessoas que pertencem a um mesmo grupo apresentam taxas de suicídio similares, mesmo que estejam em locais geograficamente diferentes. Alguns casos são citados no documento da OMS (2002) como os da Estônia, Finlândia e Hungria. Hungria está muito distante dos dois outros países e tem taxas semelhantes. Ao contrário, etnias diferentes convivendo numa mesma sociedade apresentam taxas de suicídio diferentes de acordo com seu grupo étnico. Em Cingapura, por exemplo, as pessoas de etnia chinesa e indiana apresentam taxas maiores que os malaios (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

No Brasil, não há estudos suficientes que permitam chegar a afirmações sobre essa questão. Porém, é possível formular hipóteses plausíveis. As elevadas taxas de suicídio em regiões amazônicas, por exemplo, levantam a suspeita de que podem estar vinculadas à maior frequência de suicídios entre os índios do que nas outras populações. Estudos de Erthal sobre os Tikuna (2001), de Levcovitz sobre os Guaranis (1994) e de Dal Poz sobre os Sorowaha (2000) revelam elevadas proporções de suicídios nessas tribos. No entanto, todos esses autores advertem que as mortes voluntárias dos índios não podem ser interpretadas a partir dos mesmos critérios e variáveis utilizados para analisar o fenômeno na população brasileira em geral. Há que se ter como contexto e referência a cosmologia específica de cada uma dessas nações. Outra situação em que existe plausibilidade da relação entre etnia e suicídio é a do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina que, ao lado de outros fatores, a origem européia do norte de parte da população tem sido aventada como um dos ingredientes que explicariam uma frequência maior do fenômeno. No entanto, qualquer conclusão que não se baseie em estudos empíricos e qualitativos, que levantem o ponto de vista das populações locais, seria apressada e preconceituosa.

A relação entre status profissional e suicídio tem sido pouco estudada. Há trabalhos que mostram, localmente, portanto de forma pontual, que estudantes de Medicina e médicos (MIRANDA; QUEIROZ, 1991; MELEIRO, 1998) e policiais (WERLANG, 2001),

por exercerem profissões de maior risco, têm maior propensão a dar cabo à sua própria vida. No entanto, a maioria dos trabalhos internacionais buscando vinculação entre status profissional e suicídio tem sido questionado (GOODE, 2004) porque são tópicos e fragmentados e frequentemente tem falhas no controle de outras variáveis que são mais importantes. Os resultados de investigações sobre a questão mostram que há indicadores muito mais robustos, como a depressão, as anteriores tentativas, consumo excessivo de álcool e drogas, conflitos familiares e estado marital, que devem ser levados em conta.

Do ponto de vista microssociológico, vários estudiosos assinalam a importância da instituição familiar como núcleo de extrema relevância para o equilíbrio social que neutraliza as desintegrações e estados anômicos, sobretudo, na etapa da adolescência e da juventude. Mesmo os autores nacionais e internacionais cujos estudos dos suicídios cometidos ou tentados são de cunho psicológico, evidenciam o peso da psicodinâmica familiar para as seguintes questões: casos anteriores de suicídios na família (BRIDGE et al., 1997); histórias multigeracionais de família com problemas relacionais muito fortes do tipo comportamentos destrutivos, abusos e violências; divórcios, abandonos, conflitos muito duradouros; rompimentos emocionais, simbiose familiar excessiva; rigidez e polarização nas relações; perdas reais ou imaginárias; baixo grau de comunicação dos pais entre si e com os filhos e agressividade exacerbada. Há um consenso estabelecido entre os investigadores, mostrando que essas situações acabam por criar isolamento dos jovens em relação aos grupos sociais da própria idade; problemas na escola; falta ou perspectiva negativa de esperança no futuro (KASHANI et al., 1989; GOULD et al., 1996; FELDMAN; WILSON, 1997). Feldman e Wilson encontraram alta prevalência de suicídios e de tentativas em jovens muito agressivos e que vivenciam conflitos legais, dando uma espécie de resposta às falhas nas relações afetivas que significam perdas, separações e abandonos dos quais são vítimas.

Cassorla (1991, p. 74) afirma “verifiquei, em minhas pesquisas que, a maioria dos jovens suicidas, provinha de lares perturbados e de lares desfeitos”. Igualmente vários autores indicam a relevância dos grupos profissionais e escolares que permitem a expressão da realização pessoal e dos sentimentos coletivos de construção de bens, valores e da própria pessoa, contra as disrupções do desemprego, do excesso de competitividade ou da alienação (MENNINGER, 1952; CHESNAIS, 1981; KASHANI et al., 1989; BRIDGE et al., 1997; FELDMAN; WILSON, 1997; GOULD et al., 1996). No caso dos idosos, o ambiente familiar de alheamento, menosprezo por parte dos adultos e dos mais jovens e hostilidade em relação a eles, além do sofrimento por enfermidades ou incapacidades, são alguns dos fatores predisponentes ao suicídio e às tentativas.

Os aspectos microssociais são ressaltados, mas necessita-se contextualizá-los no ambiente social mais amplo, para não se correr o risco de culpabilização das famílias. A maioria das histórias contadas por elas ou pelos seus membros que tentaram dar cabo à vida tem como fator desencadeante do último ato desemprego, desilusões, brigas e separações de namorados ou casais, falência, abandonos, mas sempre de forma associada a uma série de outros problemas: repetidos fatos de suicídios e tentativas no âmbito familiar próximo, presença de problemas mentais, de depressão, de forte influxo do alcoolismo e muita violência intrafamiliar, sobretudo nas relações conjugais e com as crianças. Chamam atenção, na análise em profundidade do estudo de caso na cidade mineira (MINAYO, 2003), a quantidade de histórias de suicídio e de tenta-

tivas nos mesmos lares, denotando um ambiente depressivo propício e doentio que continua freqüentemente inerte e sem romper o ciclo, mesmo depois de ocorrências fatais. Cassorla (1991) menciona que, freqüentemente, em algumas famílias expressa-se um desejo consciente ou inconsciente de que alguns de seus membros morram, sentimento captado, sobretudo, pelas crianças.

Outro aspecto que também fica evidente, na maioria dos casos descritos no trabalho de campo na cidade mineira, é a presença de ambiente doméstico excessivamente fechado à comunicação, que propicia a exacerbação de sentimentos de insegurança, tristeza, desamparo e desesperança: para alguns, o recurso à escrita acaba sendo o espaço da catarse, comportamento também relatado na literatura internacional sobre o processo e o desfecho de suicídios. Por sua vez, em vários lares em que foram feitas as entrevistas, freqüentemente o ambiente familiar passa a imagem de excessiva frieza, displicência e ausência de expressões de carinho e afeto. Da mesma forma das análises sociológicas e antropológicas, as teorias psicanalistas (que certamente não podem ser transpostas impunemente para o âmbito sociológico) têm estudado intensa e extensivamente as relações entre ideias, tentativas e suicídios consumados e os problemas vividos na adolescência (etapa em que, universalmente, esses fenômenos se fazem presentes), provocados pelos conflitos de dependência/independência dos pais quando o desfecho é uma maior liberdade do sujeito ou o reforço de uma identidade suicidógena.

O **modelo psicológico**, em termos quantitativos e de investimento empírico, é o que tem recebido mais apurado tratamento teórico, observacional e clínico, desde Ésquirol (1838). Esse autor qualificava os suicidas como alienados e as correntes fenomenológicas e a psicanálise compreendem o fenômeno como fruto de transtornos mentais. Freud (1917) afirmava que o suicídio representa uma agressão contra um objeto de amor introjetado, com investimento ambivalente.

Os estudos internacionais e nacionais mais atuais dentro dessa corrente explicativa convergem em relação aos principais fatores de risco para adolescentes e jovens, conhecidos por meio de análises de tendências; de pesquisas sobre atendimentos clínicos aos familiares dos suicidas, a partir de autópsias psicológicas ou por meio de investigação qualitativa com pais, irmãos, outros parentes e colegas das vítimas da autodestruição.

Em todos os trabalhos analisados, são consideradas de risco para suicídio as seguintes situações: em primeiro lugar, os transtornos depressivos que também puderam ser observados em vários episódios estudados no citado trabalho de campo e em pesquisas de outros autores, de forma associada ou não ao uso drogas. Em todo mundo existe maior prevalência de transtornos por uso de substâncias psicoativas e por transtorno de personalidade na população masculina. Mas, investigações têm documentado maior freqüência do uso de psicofármacos (ansiolíticos, antidepressivos, sedativos e hipnóticos) para as tentativas de suicídio entre as mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

A depressão aparece, em vários estudos e nas narrativas no estudo de caso já mencionado (MINAYO, 2003), em quase todos os casos ou como fato desencadeante ou associado a outras circunstâncias de suicídio ou tentativas. Muitas investigações assinalam forte conexão entre depressão e o cometimento de suicídio (HOVEY; KING, 1996; HOBER-

MAN; GARFINKEL, 1988); depressão e idéia de suicídio (HARTER et al., 1992); depressão e comportamento suicidógeno (ROBBINS; ALESSI, 1985) e falta de esperança como sintoma ou componente da depressão (KASHANI et al, 1989; CASSORLA, 1984; 1987; CASSORLA; SMEKE, 1994; VANSAN, 1987; 1988; SONENREICH; FRIEDRICH, 1984).

Vários investigadores ressaltam, também, o peso das dificuldades ligadas ao desenvolvimento mental e ao estresse cumulativo; das desordens pós-traumáticas, sobretudo, as provocadas por perdas (FELDMAN; WILSON, 1997) e do uso abusivo de substâncias psicoativas e de álcool (WILSON, 1991; GOLDSTON et al., 1996; GOULD et al., 1996, HOVEY; KING, 1996; TURECKI et al., 1999; COGGAN et al., 1997; CASSORLA; SMEKE, 1994). Nos casos descritos na citada pesquisa de campo (MINAYO, 2003), a importância do alcoolismo no conjunto dos fatores associados ao suicídio e às tentativas é imensa. No entanto, parece ser um reducionismo tratar esse problema de forma dissociada do ambiente social da vida das pessoas, cujas histórias são muito mais complicadas que o mero abuso de bebidas. O ambiente depressivo de um dos distritos da cidade mineira estudada, a auto-estima baixa dos moradores e deles em relação ao espaço onde vivem e que não lhes oferece perspectiva de crescimento social e profissional, por exemplo, precisam ser pontuados e associados aos outros fatores desencadeantes de um processo de autodestruição. Sem dúvida, porém, o mais forte foi o alcoolismo. Internacionalmente se sabe da importância do uso de drogas na nosologia suicida. Como problema social, sua gravidade pode ser verificada por meio de estatísticas de criminalidade, acidentes de trânsito, absenteísmo e acidentes de trabalho, desajustes familiares e também suicídios. A presença de outras substâncias, como maconha ou cocaína, é muito menos freqüente no contexto dos suicídios no Brasil e, quando ocorre, é de forma coadjuvante aos excessos de bebidas alcoólicas.

Os autores que adotam o modelo de explicação psicológica também articulam a problemática suicida às interações sociais, destacando-se o contexto familiar inter-relacional como nuclear e fundamental no desenvolvimento da socialização saudável ou das expressões que levam ao processo autodestrutivo. Vansan (1987; 1988) analisou, pelas entrevistas com familiares e pessoas próximas, 17 situações que chegaram à via de fatos e em todas observou, da mesma forma que já havia feito Cassorla (1984), que, em quase todos os casos, os que morreram provinham de lares desfeitos. Concluindo, a partir das histórias contadas pelas famílias dos suicidas ou pelas pessoas que tentaram, que é difícil distinguir o peso específico dos macro e dos microfatores sociais e das injunções psicológicas, podendo todas serem entendidas como causadas e causadoras.

O **modelo nosológico** considera o suicídio como uma patologia ou como resultante de determinadas enfermidades. Alguns o interpretam como fruto de psicopatologias surgidas no decurso da doença mental, sendo, portanto, sintoma de uma condição subjacente. Nos últimos anos, vários estudos neurobiológicos mostram associação entre redução na atividade serotoninérgica (o córtex pré-frontal está envolvido na execução da função inibidora) e comportamento suicida, especialmente em casos com altos níveis de traços impulsivos e impulsivo-agressivos. Turecki e colaboradores (1999) analisam, a partir de uma revisão de vários autores, que a redução na região cerebral pré-frontal pode ser um fator de predisponência para querer dar cabo à vida, uma vez que os indivíduos que padecem desse problema tendem a agir impulsiva e auto-agressivamente quando expostos a situações estressantes (TURECKI et al, 1999; VANSAN, 1988).

Turecki et al (1999) também observaram que vários estudos genético-epidemiológicos têm concluído que alguns problemas hereditários conferem maior predisposição ao suicídio, dando como exemplo a presença da agregação de determinados tipos familiares em torno de idéias, comportamentos e práticas suicidas (BRIDGE et al., 1997). Nos casos estudados recentemente por Minayo et al (2003), num conjunto de 17, duas pessoas evidenciaram problemas mentais, alguns dos quais são vivenciados também por outros membros da família nuclear. Esses achados corroboram para evidenciar a multiplicidade dos elementos que interagem nos casos, indo de fatores biológicos, da influência dos contextos macros e microssocial e de problemáticas psicológicas, geralmente de forma associada. Em cada situação, o indivíduo faz a síntese das diferentes circunstâncias com sua problemática particular.

Dada a complexidade de fatores envolvidos num evento suicida, a maioria dos estudiosos do fenômeno tende hoje a considerá-lo a partir das interações de diversos elementos, dentre os quais, a constituição biológica dos indivíduos, sua história pessoal, eventos circunstanciais e o contexto sociocultural e econômico em que a pessoa viveu (TURECKI et al., 1999; CASSORLA; SMEKE, 1994). Vários deles colocam em dúvida a existência de uma psicodinâmica ou estrutura de personalidade específica associada ao suicídio e costumam analisar esse problema como: (a) um escape de intenso sofrimento quando se associam necessidades frustradas com um nível de estresse insuportável; e (b) um estreitamento de opções associado a sentimentos de desesperança, de desamparo e de desejo irresistível de fuga por parte do sujeito (JUCHEM, 1998; KAPLAN et al., 1997).

Em importante obra sobre o adolescente e o suicídio, Sampaio (1991) chama atenção para a necessidade de abordagens interdisciplinares, numa linha sistêmica, que conjuguem as dimensões sociais, psicológicas e nosológicas, observando-se e analisando-se a interação entre fatores e a combinação diferenciada entre eles, em cada caso específico. O estudo de campo de base empírica e clínica realizado por Minayo (2003), no entanto, oferece base para se incluir, nas análises, o contexto social depressivo, sobretudo, em situações de crescimento das taxas de suicídio, o que, em seu estudo clássico, Durkheim, há mais de cem anos, já chamava atenção.

Os estudos compreensivos precisam enfatizar as análises baseadas em gênero que levem em conta as profundas inflexões culturais patriarcais e machistas que criam o ambiente microssocial opressor, responsável por desencadear eventos suicidógenos, mas mesmo nesses casos é preciso entender que tais atitudes e práticas são gestadas no contexto social mais amplo. No estudo de autópsia psicossocial, Minayo (2003), em 17 situações, encontra seis casos onde se pode dizer que as tentativas estavam associadas ao machismo: (a) o caso de duas mulheres em que sua intenção de dar cabo à vida parece gritos simbólicos de protesto pelas violências físicas e opressão protagonizadas por seus maridos; (b) a história de duas meninas que continuam sofrendo episódios cruéis de maus-tratos de mães e pais; e (c) a narrativa de uma adolescente que sofre violência sexual e física cometida pelo padrasto. Há também dois casos de suicídio consumado, associados a esse problema. O de uma mulher que sofria, permanentemente, verdadeiras sessões de tortura aplicadas pelo companheiro. De forma bastante sutil, a família narra a morte de um rapaz, cujo desfecho remete, dentre outros fatores, a conflitos pela vivência de tendência homossexual, situação que ele próprio não conseguia admitir para si mesmo. Ora, tais fatos revelam a existência e a persistência de rígidos padrões patriarcais na sociedade como um todo, dificultando as expressões pessoais e o fluir dos afetos no ambiente das relações primárias.

Vários modelos têm sido propostos para explicar ou descrever o motivo ou complexo causal que leva o indivíduo a querer pensar (ideação) ou tentar dar cabo à sua própria existência. Os achados em estudos nacionais e internacionais encontrados na literatura sugerem um amplo conjunto de fatores de risco ou determinantes que individualmente ou interagindo induzem o indivíduo ou grupo de indivíduos à auto-destruição: no contexto familiar, lares desfeitos, abuso dos pais; ausência dos pais; separação dos pais, psicodinâmica familiar depressiva; casos anteriores de suicídios na família, baixo grau de comunicação dos pais entre si e com os filhos; conflitos muito duradouros. Mas, acrescem-se a esses elementos rompimentos emocionais, perdas reais ou imaginárias, transtornos depressivos, ocorrência de enfermidades graves; falta de perspectiva de futuro e problemas mentais. Determinadas faixas de idade e determinados grupos étnicos são mais vulneráveis aos transtornos. Experiências de desemprego, queda no padrão vida, excesso de competitividade ou de alienação são outros fatores predisponentes, assim como o estresse cumulativo, a disponibilidade de arma de fogo, o consumo de drogas ilícitas e o consumo de drogas lícitas que provocam depressão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). O Relatório da OMS (2002) chama atenção para o peso que as enfermidades incapacitantes e potencialmente mortais, tais como as do sistema nervoso central, constituem para as famílias e para as pessoas. A forma como os indivíduos e o ambiente que o cerca encara as desordens esqueleto-musculares, os problemas do sistema endócrino, dos cânceres e da aids, por exemplo, é agravante e gerador de angústias, ansiedades e depressão que podem levar ao estado de ideação suicida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Todos os elementos citados são fatores predisponentes, mas nenhum sozinho explica o processo de autodestruição que constitui uma síntese produzida pelo sujeito em relação ao desejo de morte.

4. Comentários finais

Os processos que configuram a violência auto-infligida fazem parte da dinâmica existencial da sociedade brasileira. Pelos critérios internacionais, suas expressões são de baixa intensidade no País (as taxas de mortalidade por esse fenômeno são inferiores a 5 cem mil habitantes), no entanto, todos os analistas denunciam falhas no sistema de notificação, destacando-se como motivos para isso, dentre outros, questões de ordem sociocultural e religiosa e dificuldades internas ao sistema de informação na identificação da causa básica de óbito ou da causa primária de internações (CAS-SORLA; SMEKE, 1994; BROOKE, 1986; MINAYO, 1998). No que concerne às ideias, a não ser em pesquisas localizadas e frente a perguntas auto-referidas, não existem informações sobre o assunto. Por outro lado, qualquer informação sobre esse tema é bastante questionável, pois quem alguma vez na vida não pensou em dar cabo à vida? Só têm sentido informações sobre pensamentos persistentes que conduzem a tentativas ou podem levar ao ato fatal. Neste texto não se aprofundou a problemática da automutilação.

Algumas observações se fazem necessárias ao final do presente trabalho. Embora, frequentemente, exista uma crença (CHESNAIS, 1981) relativa ao fato de que nas sociedades com altas taxas de suicídio as de homicídios sejam baixas e vice-versa, essa proposição não se aplica para todos os casos. Dados de alguns países, como dos Estados

Unidos e da Colômbia (AGUDELO, 1999), e a própria tendência de crescimento desses eventos no Brasil, como foi mostrado neste texto, mostram uma concomitância desses dois tipos de violência em determinados períodos históricos. Também há regiões onde ambas as taxas são baixas se olhadas dentro de uma perspectiva comparativa internacional.

Esse estudo que privilegia o caso do Brasil evidencia um certo padrão de ocorrência de suicídio e mostra, também, algumas especificidades, fortalecendo a clássica tese sociológica defendida por Durkheim (1982), segundo a qual cada país ou região tem taxas de suicídio mais ou menos constantes. A constatação de algumas variações mais abruptas se deve ou a alterações na qualidade dos registros ou a fatores de anomia ou de mudanças bruscas na ordem sociocultural. Nesses últimos casos, as taxas de suicídio atuam como indicadores para a análise de mudanças sociais, principalmente desestabilizadoras, que repercutem em alguns indivíduos de forma a fazê-los desistirem da vida.

Conclui-se, também, que o suicídio não pode ser compreendido apenas de forma positivista, no sentido de indicador funcional da realidade. Esse fenômeno complexo envolve um interjogo dinâmico de inúmeras circunstâncias e, por isso, seu estudo precisa envolver variáveis “rebeldes”, métodos indiciários, qualitativos e interpretativos. Dada sua complexidade, autores, como Werlang (2001), chamam atenção para a necessidade de se estar atento aos sinais deixados pelos mortos ou insinuados pelos que tentam prestando-se atenção a quatro pontos-chave: fatores estressores e precipitadores, motivação, identidade e intencionalidade. Por isso, o fenômeno precisa ser abordado interdisciplinarmente e não apenas como um problema individual, de ordem privada ou de forma reducionista, apenas como doença mental.

Pela interveniência de tantos fatores, historicamente a prevenção do suicídio tem sido extremamente difícil. Uma das principais limitações é a avaliação específica e a determinação de potenciais fatores (WILSON, 1991). No plano mais geral, o complexo causal que interage com o comportamento suicida envolve aspectos físicos, mentais, comportamentais, familiares, ambientais, culturais, religiosos, sociais, econômicos, daí a prevenção requerer ações que considerem a amplitude dessas dimensões. Entretanto, no campo da assistência à saúde, os profissionais, se conscientes e treinados para trabalharem bem, humana e tecnicamente, podem perceber as potenciais vítimas por meio de marcadores já evidenciados e que mostram ter significância na população atendida rotineiramente.

Do ponto de vista preventivo, a literatura mostra que: (1) toda ameaça deve ser levada a sério pelo grupo de relações da pessoa em situação de vulnerabilidade para o suicídio, mesmo quando pareçam falsas ou manipulatórias; (2) diagnóstico médico e psicológico precisa ser recomendado aos que verbalizam ou tentam suicídio e, nos casos que se recomenda tratamento, é importante buscar uma aliança terapêutica entre médico e pacientes; (3) quando alguém se interna após tentativa, a avaliação de seu potencial suicida deve ocorrer desde o primeiro contato e durante a hospitalização. Após a alta, é necessário estabelecer forma de acompanhamento psicológico e de suporte familiar e social.

Por causa disso é importante recomendar aos gestores que levem em conta no planejamento das práticas dos serviços, ao lado de um plano de ação emergencial, formas

de encaminhamento dos pacientes que buscam as unidades assistenciais. Exemplos internacionais (SAMPAIO, 1991) têm mostrado a importância de uma instância de acompanhamento específico tendo em conta que: (1) a repetição de tentativas é um indicador de risco para a perpetração do suicídio; (2) há que oferecer um cuidado peculiar às necessidades dos pacientes: cada pessoa e cada faixa etária têm seus fatores predisponentes. Por exemplo, entre adolescentes e jovens as tentativas costumam estar ligadas a crises de identidade, problemas socioafetivos e dificuldades de administrar os desafios do crescimento e da competição social; na fase adulta, as maiores vulnerabilidades se expressam nas dificuldades de desempenho da pessoa no mercado de trabalho, na vida social e na vida familiar e entre os idosos, o suicídio está quase sempre associado ao padecimento de doenças crônico-degenerativas terminais, ao isolamento e à solidão. São mais vulneráveis os solteiros e viúvos e os que sofrem problemas de rejeição nos seus núcleos familiares; (3) na maioria dos casos, os estudiosos e clínicos observam a presença da depressão, freqüentemente o uso abusivo de drogas, sobretudo de álcool, e a ocorrência associada de algum transtorno mental, problemas que ultrapassam o tema do suicídio, mas que, a partir dele, exigem atenção e proteção (EAGLES et al., 2003).

Os fatores de proteção para orientar uma política nacional de prevenção permanente contra os suicídios são: (1) assistência médica que propicie cuidados clínicos efetivos e apropriados às pessoas que apresentam sinais de transtornos mentais, físicos e de abuso de substâncias; (2) facilitação de acesso à variedade de intervenções clínicas e de suporte prestado pelos serviços de auto-ajuda; restrição de acesso aos métodos de suicídio mais letais; (3) suporte à família e à comunidade para que se tornem parte do apoio para os que mantêm ideação ou tentam suicídio; (4) priorização e suporte aos serviços que cuidam da saúde física e mental das pessoas em risco de suicídio; (5) tratamento que tenha como parte constitutiva o desenvolvimento de habilidades na solução de problemas, resolução de conflitos e de disputas de forma não violenta.

Entende-se, a partir de toda a discussão elaborada neste texto, que a violência auto-infligida é um assunto social de alta relevância para a saúde pública, diz respeito à qualidade de vida e necessita ser encarada no planejamento das ações do SUS nos três níveis de gestão. Ainda que no Brasil as taxas de suicídio não sejam altas, é possível atuar para diminuir suas taxas, enfrentando-o em sua especificidade e em seus significados e tratando-o como parte do conjunto das novas formas de adoecimento associadas às condições, às situações e ao estilo de vida.

Referências Bibliográficas

AGUDELO, S. F. *El quinto: no matar*. Bogotá: TM Editores, 1999.

ALVES, R. R. O morto que canta. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991. p. 11-15.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT); SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS (SINITOX). *Uma análise*. [S.l., 200-?]. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/cict>>. Acesso em: 27 jan 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade - 1996 a 2000*. Brasília, 2002.

BRIDGE, J. A. et al. Familial aggregation of psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, [S.l.], v. 36, p. 628-636, 1997.

BROOKE, E. M. El suicídio y los intentos de suicidio. *Cahiers de santé publique*, [S.l.], V. 58, 1986.

BRUNO, R. L. Devotees, pretenders and wannabes: two cases of factitious disability disorder. *Journal of sexuality and disability*, [S.l.], 15: 243-260, 1997.

CASSORLA, R. M. S. Jovens que tentam suicídio: características demográficas e sociais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [S.l.], v. 33, p. 2-12, 1984.

———. Comportamento suicida na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 36, p. 137-150, 1987.

——— (Org.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991.

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Auto-destruição Humana. *Cadernos de Saúde Pública*, Riode Janeiro, v. 10, p. 61-73, 1994. Suplemento 1.

CHESNAIS, J. C. *Histoire de la violence*. Paris: Éditions Seuil, 1981.

COGGAN, C.; PATTERSON, P.; FILL, J. Qualitative data from focus group interviews with youth. *Journal of Public Health*, [S.l.], v. 45, p. 149-157, 1997.

DAL POZ, J. Crônica de uma morte anunciada: do suicídio entre os Sorowaha. *Revista de Antropologia*, v. 43, n. 1, p. 89-144, 2000.

DURKHEIM, É. *O suicídio*. São Paulo: Perspectiva, 1982.

EAGLES, G. M.; CARSON, D. P.; MORTENSEN, P. B. Suicide prevention: a study of patients' views. *The British Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 182, p. 261-265, 2003.

ELLIOT, C. A new way to be mad. *The Atlantic Monthly*, [S.l.], v. 286, n. 6, p. 72-84, 2000.

ERTHAL, R. M. O suicídio Tikuna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 299-311, 2001.

ÉSQUIROL, J. *De maladies mentales*. Paris: Éditions Baillière, 1838.

FELDMANN, M.; WILSON, A. Adolescent suicidality in urban minorities and its relationship to conduct disorders, depression and separation anxiety. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, [S.l.], v. 36, p. 75-84, 1997.

FREUD, S. *Deuil et mélancolie*. Paris: Éditions Gallimard, 1917.

GOLDIM, J. R. *Eutanasia*. [S.l., s.n., 200-?]Disponível em: <<http://www.ufrg.br/HCPA/gppg/eutanasi.htm>,Arquivo>. Acesso em: 27 jan. 2004.

GOLDSTON, D. B. et al. First-time attempters, repeat attempters, and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, [S.l.], v. 35, p. 631-639, 1996.

GOODE, E. *Estudo questiona relação entre profissões e suicídio*. [S.l., s.n., 200-?]. Disponível em: <<http://www.lindoianet.com.br>>. Acesso em: 28 jan. 2004.

GOULD, M.S. et al. Psychological risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of Gen Psychiatry*, [S.l.], v. 53, p. 1155-1162, 1996.

HARTER, S.; MAROLD, D. B.; WHITESELL, N. R. Model of psychosocial risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents. *Psychopatology*, [S.l.], v. 4, p. 167-188, 1992.

HOBERMAN, H. M.; GARFINKEL, B. D. Completed suicide in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, [S.l.], v. 27, p. 689-695, 1988.

HOVEY, J. D.; KING, C. A. Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation latino adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, [S.l.], v. 35, p. 1183-1192, 1996.

JAMISON, K.R. *Quando a noite cai: entendendo o suicídio*. Rio de Janeiro: Griphus, 2002.

JUCHEM, E. *Revisão literária sobre suicídio*. Trabalho acadêmico (Metodologia de Pesquisa Psicológica I)– Universidade do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 1998.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. I.; GREBB, J. A. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KASHANI, J. H.; REID, J.; ROSEMBERG, T. Levels of hopelessness in children and adolescents: a developmental perspective. *Journal of consulting and clinica Psychology*, [S.l.], v. 57, p. 496-499, 1989.

LEVCOVITZ, S. *Kandire, o paraíso terreal: uma investigação etnopsicanalítica sobre a produção da morte como fundamento das sociedade minimalistas*. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental)–Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

LEWIS, G.; SLOGGETT, A. Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *BMJ*, [S.l.], v. 317, p. 1283-1286, 1998.

LIPPI, J. R. S. *Tentativa de suicídio associada à violência física, psicológica e sexual contra a criança e o adolescente*. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher)–Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 37, n. 3, p. 357-363, 2003.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, [S.l.], v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998.

MENNINGER, K. A. *El hombre contra sí mismo*. Buenos Aires: Losada, 1952.

MINAYO, M. C. S. A auto-violência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-428, 1998.

———. *De ferro e flexíveis: marcas do Estado empresário e conseqüências da privatização na subjetividade operária*. Rio de Janeiro: CLAVES, 2003. Relatório de Pesquisa.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A Complexidade das relações entre Drogas, álcool e Violência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 10-29, 1998.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.; SOUZA, E. R. *A eloqüência do gesto final: suicídio em Itabira*. Rio de Janeiro: CLAVES, 2003. Relatório de Pesquisa/CNPQ.

MINOIS, G. *História do suicídio: a sociedade ocidental perante a morte voluntária*. Lisboa: Teorema, 1998.

MIRANDA, P. S. C.; QUEIROZ, E. A. Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina. *Revista ABP-APAL*, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 157-160, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília, 2002.

———. Informe sobre la salud en el mundo. In: ———. *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Genebra, 2001.

OSTAMO, A; LAHELMA, E; LÖNNQVISA, J. Transitions of employment status among suicide attempters during a severe economic recession. *Social Science and Medicine*, [S.l.], v. 52, p. 1741-1750, 2001.

PARREIRA, V. T. *O suicídio em Freud*. 1988. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1988.

QIN, P.; AGERBO, E.; MORTENSEN, P. B. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 160, n. 4, p. 765-772, 2003.

QUÉTELET, A. *Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou essai de physique sociale*. Paris: Éditions Bachelier, 1835.

ROBBINS, D. R.; ALESSI, N. E. Depressive symptoms and suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 142, p. 588-592, 1985.

SAMPAIO, D. *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho, 1991.

SONENREICH, C.; FRIEDRICH, S. Suicídios: aspectos psiquiátricos. *Temas*, [S.l.], v. 26, p. 49-61, 1984.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; MALAQUIAS, J. V. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 673-683, 2002.

TURECKI, G. et al. Prediction of level of serotonin from subjects who did or did not commit suicide. *American Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 156, p. 1456-1458, 1999.

VANSAN, G. Aspectos específicos dos meios utilizados pelos suicidas no município de Ribeirão Preto. *Neurobiologia*, [S.l.], v. 50, p. 281-288, 1987.

VANSAN, G. Separação parental e suicídio. *Neurobiologia*, [S.l.], v. 51, p. 57-66, 1988.

XIMENES, L. F. *Lidando com tentativas de suicídio em um serviço de emergência: estudo compreensivo de representações e práticas médicas*. 2004. Dissertação (Mestrado)–Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

WERLANG, B. S. G. *Proposta psicológica de uma entrevista semi-estruturada para autópsias de casos de suicídio*. 2001. Tese (Doutorado)–Faculdade de Psicologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

WILSON, G. L. Suicidal behavior-clinical considerations and risk factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, [S.l.], v. 59, n. 6, p. 869-873, 1991.

Anexo 7

Tabela 57. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar por lesões autoprovocadas. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Nº | % | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
|----------------|-----|------|-------|--------|--------|--------|
| Porto Velho | 10 | 0,4 | 3,0 | 255,15 | 9,4 | 10,0 |
| Rio Branco | 41 | 1,8 | 16,2 | 210,63 | 5,4 | 4,9 |
| Manaus | 36 | 1,6 | 2,6 | 469,59 | 4,6 | 2,8 |
| Boa Vista | 2 | 0,1 | 1,0 | 142,11 | 3,5 | 0,0 |
| Belém | 22 | 1,0 | 1,7 | 378,24 | 4,9 | 0,0 |
| Macapá | 14 | 0,6 | 4,9 | 257,04 | 4,4 | 0,0 |
| Palmas | 196 | 8,5 | 142,7 | 412,82 | 3,5 | 1,5 |
| São Luís | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,00 | 0,0 | 0,0 |
| Teresina | 14 | 0,6 | 2,0 | 268,16 | 4,9 | 0,0 |
| Fortaleza | 219 | 9,5 | 10,2 | 398,03 | 5,0 | 5,5 |
| Natal | 7 | 0,3 | 1,0 | 175,54 | 6,6 | 0,0 |
| João Pessoa | 10 | 0,4 | 1,7 | 250,35 | 6,1 | 0,0 |
| Recife | 4 | 0,2 | 0,3 | 156,93 | 6,8 | 0,0 |
| Maceió | 8 | 0,3 | 1,0 | 460,93 | 3,6 | 12,5 |
| Aracaju | 58 | 2,5 | 12,6 | 660,11 | 4,3 | 3,4 |
| Salvador | 78 | 3,4 | 3,2 | 238,40 | 2,8 | 6,4 |
| Belo Horizonte | 852 | 36,9 | 38,1 | 408,20 | 3,5 | 3,5 |
| Vitória | 35 | 1,5 | 12,0 | 190,07 | 4,1 | 0,0 |
| Rio de Janeiro | 87 | 3,8 | 1,5 | 767,89 | 12,5 | 9,2 |
| São Paulo | 349 | 15,1 | 3,3 | 390,53 | 4,1 | 4,3 |
| Curitiba | 16 | 0,7 | 1,0 | 348,27 | 2,8 | 6,3 |
| Florianópolis | 16 | 0,7 | 4,7 | 465,76 | 6,6 | 18,8 |
| Porto Alegre | 66 | 2,9 | 4,9 | 294,48 | 3,6 | 1,5 |
| Campo Grande | 6 | 0,3 | 0,9 | 144,63 | 3,0 | 0,0 |
| Cuiabá | 6 | 0,3 | 1,2 | 656,90 | 6,3 | 16,7 |
| Goiânia | 52 | 2,3 | 4,8 | 384,77 | 4,3 | 5,8 |
| Brasília | 106 | 4,6 | 5,2 | 194,40 | 4,4 | 0,0 |

Nº = Número de internações.

% = Proporção entre Capitais.

Taxa = Taxa de internação por cem mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência.

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

Tabela 58. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar por lesões auto-provocadas segundo faixas etárias e sexo. Brasil, 2000

| Faixas Etárias | Masculino | | | | Feminino | | | | Total | | | | | | |
|----------------|--------------|------------|---------------|------------|------------|--------------|------------|---------------|------------|------------|--------------|------------|---------------|------------|------------|
| | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
| 0 - 9 | 396 | 2,4 | 283,74 | 3,0 | 1,3 | 259 | 1,6 | 282,99 | 3,0 | 1,2 | 655 | 2,0 | 283,44 | 3,0 | 1,2 |
| 10 - 14 | 221 | 2,5 | 385,16 | 3,3 | 1,8 | 235 | 2,7 | 281,20 | 3,4 | 1,7 | 456 | 2,6 | 331,58 | 3,3 | 1,8 |
| 15 - 19 | 498 | 5,5 | 319,78 | 3,2 | 1,8 | 609 | 6,8 | 284,20 | 3,1 | 1,6 | 1.107 | 6,2 | 300,21 | 3,1 | 1,7 |
| 20 - 24 | 699 | 8,7 | 441,16 | 4,4 | 3,9 | 442 | 5,5 | 237,54 | 3,8 | 2,0 | 1.141 | 7,1 | 362,28 | 4,2 | 3,2 |
| 25 - 29 | 647 | 9,5 | 342,89 | 3,7 | 3,4 | 403 | 5,7 | 318,29 | 3,8 | 2,2 | 1.050 | 7,6 | 333,45 | 3,8 | 3,0 |
| 30 - 39 | 1.348 | 10,9 | 285,75 | 3,8 | 4,1 | 748 | 5,8 | 362,74 | 3,8 | 3,2 | 2.096 | 8,3 | 313,22 | 3,8 | 3,8 |
| 40 - 49 | 991 | 10,6 | 267,02 | 4,3 | 4,0 | 443 | 4,5 | 401,67 | 4,4 | 3,8 | 1.434 | 7,4 | 308,61 | 4,4 | 4,0 |
| 50 - 59 | 497 | 8,3 | 296,67 | 4,5 | 4,8 | 231 | 3,6 | 298,96 | 4,8 | 3,0 | 728 | 5,8 | 297,40 | 4,6 | 4,3 |
| 60 + | 378 | 5,8 | 377,45 | 5,2 | 6,1 | 267 | 3,3 | 389,60 | 5,2 | 3,4 | 645 | 4,4 | 382,48 | 5,2 | 5,0 |
| Total | 5.675 | 6,8 | 321,92 | 4,0 | 3,7 | 3.637 | 4,2 | 321,16 | 3,8 | 2,5 | 9.312 | 5,5 | 321,62 | 3,9 | 3,2 |

Tabela 59. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar por lesões auto-provocadas segundo sub-grupos específicos. Brasil, 2000

| Sub-grupos Específicos | Nº | % | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
|------------------------|--------------|------------|-------------|---------------|------------|------------|
| Envenenamento - drogas | 6.398 | 68,7 | 3,77 | 218,19 | 3,4 | 2,9 |
| Envenenamento - gases | 77 | 0,8 | 0,05 | 275,55 | 3,5 | 3,9 |
| Enforcamento | 26 | 0,3 | 0,02 | 422,27 | 3,7 | 3,8 |
| Afogamento | 8 | 0,1 | 0,00 | 418,88 | 5,1 | 12,5 |
| Arma de fogo | 464 | 5,0 | 0,27 | 687,44 | 6,4 | 8,4 |
| Fogo e chamas | 269 | 2,9 | 0,16 | 1.327,81 | 10,0 | 14,9 |
| Obj cortante | 844 | 9,1 | 0,50 | 415,92 | 3,6 | 1,1 |
| Precip lugar elevado | 79 | 0,8 | 0,05 | 697,28 | 8,1 | 7,6 |
| Outr meios espec | 432 | 4,6 | 0,25 | 389,38 | 4,7 | 1,9 |
| Meios não espec | 715 | 7,7 | 0,42 | 437,67 | 4,2 | 1,5 |
| Total | 9.312 | 100 | 5,48 | 321,62 | 3,9 | 3,2 |

N = Número de internações.

% = Proporção por Causa Específica.

Taxa = Taxa de internação por cem mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência.

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações

Tabela 60. Mortalidade por suicídios segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 0 - 9 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 5 | 1 |
| 10 - 14 | 76 | 73 | 82 | 93 | 72 | 116 | 106 | 94 | 83 | 83 |
| 15 - 19 | 412 | 410 | 487 | 551 | 557 | 630 | 575 | 604 | 546 | 524 |
| 20 - 24 | 661 | 695 | 766 | 810 | 873 | 881 | 856 | 850 | 838 | 858 |
| 25 - 29 | 654 | 674 | 772 | 792 | 864 | 823 | 794 | 830 | 748 | 759 |
| 30 - 39 | 1.130 | 1.126 | 1.242 | 1.279 | 1.504 | 1.462 | 1.576 | 1.539 | 1.442 | 1.458 |
| 40 - 49 | 795 | 887 | 831 | 908 | 1.041 | 1.124 | 1.152 | 1.169 | 1.171 | 1.246 |
| 50 - 59 | 623 | 641 | 606 | 643 | 705 | 775 | 842 | 815 | 748 | 832 |
| 60 + | 803 | 712 | 727 | 819 | 921 | 882 | 982 | 1.024 | 924 | 999 |
| Total | 5.154 | 5.220 | 5.514 | 5.896 | 6.538 | 6.697 | 6.885 | 6.928 | 6.505 | 6.760 |

Tabela 61. Taxas de mortalidade por suicídios segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 0 - 9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 10 - 14 | 0,4 | 0,4 | 0,5 | 0,5 | 0,4 | 0,7 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| 15 - 19 | 2,7 | 2,7 | 3,2 | 3,5 | 3,5 | 3,8 | 3,4 | 3,5 | 3,1 | 2,9 |
| 20 - 24 | 4,9 | 5,1 | 5,5 | 5,7 | 6,1 | 6,1 | 5,8 | 5,7 | 5,6 | 5,3 |
| 25 - 29 | 5,2 | 5,3 | 5,9 | 6,0 | 6,5 | 6,3 | 6,0 | 6,2 | 5,5 | 5,5 |
| 30 - 39 | 5,5 | 5,3 | 5,9 | 6,0 | 6,9 | 6,3 | 6,7 | 6,4 | 5,9 | 5,8 |
| 40 - 49 | 5,7 | 6,0 | 5,8 | 6,2 | 7,1 | 6,7 | 6,8 | 6,8 | 6,7 | 6,5 |
| 50 - 59 | 6,6 | 6,6 | 6,3 | 6,6 | 7,1 | 7,2 | 7,7 | 7,4 | 6,7 | 6,7 |
| 60 + | 7,5 | 6,4 | 6,6 | 7,3 | 8,2 | 7,1 | 7,8 | 8,1 | 7,2 | 6,9 |
| Total | 3,5 | 3,5 | 3,7 | 3,9 | 4,2 | 4,3 | 4,3 | 4,3 | 4,0 | 4,0 |

Tabela 62. Mortalidade por suicídios segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Faixas Etárias | Masculino | | | Feminino | | | Total | | |
|----------------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|--------------|------------|
| | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa |
| 0 - 9 | 1 | 100,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 0,0 |
| 10 - 14 | 41 | 49,4 | 0,5 | 42 | 50,6 | 0,5 | 83 | 100,0 | 0,5 |
| 15 - 19 | 343 | 65,5 | 3,8 | 181 | 34,5 | 2,0 | 524 | 100,0 | 2,9 |
| 20 - 24 | 694 | 80,9 | 8,6 | 164 | 19,1 | 2,0 | 858 | 100,0 | 5,3 |
| 25 - 29 | 612 | 80,6 | 9,0 | 147 | 19,4 | 2,1 | 759 | 100,0 | 5,5 |
| 30 - 39 | 1.193 | 81,8 | 9,7 | 265 | 18,2 | 2,0 | 1.458 | 100,0 | 5,8 |
| 40 - 49 | 1.007 | 80,8 | 10,8 | 239 | 19,2 | 2,4 | 1.246 | 100,0 | 6,5 |
| 50 - 59 | 673 | 80,9 | 11,2 | 159 | 19,1 | 2,4 | 832 | 100,0 | 6,7 |
| 60 + | 817 | 81,8 | 12,5 | 182 | 18,2 | 2,3 | 999 | 100,0 | 6,9 |
| Total | 5.381 | 79,6 | 6,5 | 1.379 | 20,4 | 1,6 | 6.760 | 100,0 | 4,0 |

Tabela 63. Taxas de mortalidade por suicídios. Capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Porto Velho | 3,5 | 5,1 | 4,0 | 6,5 | 1,6 | 3,1 | 3,3 | 3,6 | 3,6 | 3,9 |
| Rio Branco | 7,6 | 4,7 | 9,2 | 6,0 | 3,9 | 3,9 | 4,2 | 4,4 | 2,7 | 7,1 |
| Manaus | 3,1 | 3,5 | 3,9 | 4,1 | 5,3 | 5,3 | 5,8 | 5,6 | 3,3 | 4,5 |
| Boa Vista | 9,0 | 4,7 | 7,5 | 6,0 | 8,0 | 10,3 | 7,6 | 9,8 | 9,0 | 8,0 |
| Belém | 4,7 | 5,1 | 3,8 | 3,3 | 3,3 | 7,4 | 6,7 | 7,8 | 1,9 | 3,4 |
| Macapá | 4,4 | 4,5 | 3,3 | 2,7 | 5,3 | 7,7 | 3,0 | 2,9 | 2,7 | 4,6 |
| Palmas | 4,1 | 0,0 | 2,1 | 0,0 | 4,1 | 1,2 | 3,0 | 1,8 | 1,6 | 5,1 |
| São Luís | 3,2 | 1,7 | 2,4 | 2,0 | 2,2 | 4,1 | 3,1 | 2,3 | 2,9 | 2,9 |
| Teresina | 1,5 | 3,0 | 4,1 | 3,3 | 4,7 | 5,2 | 4,2 | 5,7 | 3,8 | 3,8 |
| Fortaleza | 3,7 | 3,7 | 4,3 | 3,0 | 4,5 | 5,6 | 3,9 | 3,5 | 4,4 | 3,4 |
| Natal | 3,6 | 1,3 | 3,0 | 2,0 | 4,9 | 4,3 | 3,0 | 1,5 | 2,0 | 0,8 |
| João Pessoa | 2,4 | 2,6 | 1,5 | 2,4 | 3,2 | 1,8 | 2,1 | 1,7 | 1,9 | 1,3 |
| Recife | 4,5 | 3,8 | 4,9 | 4,9 | 5,9 | 3,7 | 4,0 | 4,1 | 3,4 | 3,9 |
| Maceió | 2,5 | 3,7 | 2,5 | 6,0 | 3,6 | 3,9 | 1,9 | 3,9 | 2,2 | 1,5 |
| Aracaju | 2,7 | 7,9 | 3,1 | 3,7 | 2,8 | 2,6 | 3,5 | 1,6 | 1,8 | 2,6 |
| Salvador | 0,1 | 0,5 | 0,9 | 1,5 | 0,6 | 0,9 | 1,4 | 0,4 | 0,2 | 0,6 |
| Belo Horizonte | 3,7 | 4,8 | 3,7 | 4,5 | 5,3 | 5,0 | 5,7 | 4,9 | 4,1 | 3,9 |
| Vitória | 7,7 | 3,1 | 5,2 | 2,2 | 4,7 | 5,6 | 6,4 | 5,6 | 5,5 | 4,1 |
| Rio de Janeiro | 1,1 | 0,6 | 1,5 | 0,6 | 1,5 | 2,4 | 2,1 | 2,3 | 1,3 | 2,5 |
| São Paulo | 4,9 | 4,6 | 5,3 | 4,9 | 5,3 | 5,6 | 5,6 | 5,4 | 4,7 | 3,7 |
| Curitiba | 4,5 | 3,5 | 4,7 | 4,6 | 5,1 | 4,8 | 5,7 | 6,6 | 4,2 | 3,5 |
| Florianópolis | 2,3 | 4,6 | 5,6 | 7,0 | 8,0 | 7,4 | 4,4 | 9,3 | 8,2 | 6,4 |
| Porto Alegre | 4,0 | 3,7 | 4,5 | 7,4 | 8,7 | 9,5 | 7,8 | 10,0 | 7,4 | 7,1 |
| Campo Grande | 2,3 | 3,2 | 7,1 | 5,0 | 7,3 | 7,8 | 4,9 | 4,6 | 4,6 | 5,3 |
| Cuiabá | 0,5 | 0,2 | 0,7 | 0,4 | 4,8 | 6,2 | 1,1 | 0,2 | 1,8 | 2,9 |
| Goiânia | 2,9 | 3,8 | 5,6 | 4,4 | 7,5 | 6,0 | 4,3 | 3,8 | 5,4 | 6,7 |
| Brasília | 5,7 | 4,8 | 5,7 | 6,0 | 6,0 | 6,5 | 6,2 | 4,6 | 3,9 | 4,2 |

Tabela 64. Mortalidade por suicídios segundo sexo. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Masculino | | | Feminino | | | Total | | |
|----------------|-----------|-------|------|----------|------|------|-------|-------|------|
| | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa |
| Porto Velho | 11 | 84,6 | 6,6 | 2 | 15,4 | 1,2 | 13 | 100,0 | 3,9 |
| Rio Branco | 12 | 66,7 | 9,7 | 6 | 33,3 | 4,6 | 18 | 100,0 | 7,1 |
| Manaus | 51 | 81,0 | 7,4 | 12 | 19,0 | 1,7 | 63 | 100,0 | 4,5 |
| Boa Vista | 13 | 81,3 | 13,0 | 3 | 18,8 | 3,0 | 16 | 100,0 | 8,0 |
| Belém | 37 | 84,1 | 6,1 | 7 | 15,9 | 1,0 | 44 | 100,0 | 3,4 |
| Macapá | 10 | 76,9 | 7,2 | 3 | 23,1 | 2,1 | 13 | 100,0 | 4,6 |
| Palmas | 7 | 100,0 | 10,2 | 0 | 0,0 | 0,0 | 7 | 100,0 | 5,1 |
| São Luís | 21 | 84,0 | 5,2 | 4 | 16,0 | 0,9 | 25 | 100,0 | 2,9 |
| Teresina | 19 | 70,4 | 5,7 | 8 | 29,6 | 2,1 | 27 | 100,0 | 3,8 |
| Fortaleza | 59 | 80,8 | 5,9 | 14 | 19,2 | 1,2 | 73 | 100,0 | 3,4 |
| Natal | 2 | 33,3 | 0,6 | 4 | 66,7 | 1,1 | 6 | 100,0 | 0,8 |
| João Pessoa | 8 | 100,0 | 2,9 | 0 | 0,0 | 0,0 | 8 | 100,0 | 1,3 |
| Recife | 42 | 75,0 | 6,3 | 14 | 25,0 | 1,8 | 56 | 100,0 | 3,9 |
| Maceió | 12 | 100,0 | 3,2 | 0 | 0,0 | 0,0 | 12 | 100,0 | 1,5 |
| Aracaju | 8 | 66,7 | 3,7 | 4 | 33,3 | 1,6 | 12 | 100,0 | 2,6 |
| Salvador | 13 | 92,9 | 1,1 | 1 | 7,1 | 0,1 | 14 | 100,0 | 0,6 |
| Belo Horizonte | 66 | 75,0 | 6,2 | 22 | 25,0 | 1,9 | 88 | 100,0 | 3,9 |
| Vitória | 10 | 83,3 | 7,2 | 2 | 16,7 | 1,3 | 12 | 100,0 | 4,1 |
| Rio de Janeiro | 117 | 79,1 | 4,3 | 31 | 20,9 | 1,0 | 148 | 100,0 | 2,5 |
| São Paulo | 293 | 75,1 | 5,9 | 97 | 24,9 | 1,8 | 390 | 100,0 | 3,7 |
| Curitiba | 41 | 74,5 | 5,4 | 14 | 25,5 | 1,7 | 55 | 100,0 | 3,5 |
| Florianópolis | 17 | 77,3 | 10,3 | 5 | 22,7 | 2,8 | 22 | 100,0 | 6,4 |
| Porto Alegre | 77 | 79,4 | 12,1 | 20 | 20,6 | 2,8 | 97 | 100,0 | 7,1 |
| Campo Grande | 27 | 77,1 | 8,4 | 8 | 22,9 | 2,3 | 35 | 100,0 | 5,3 |
| Cuiabá | 9 | 64,3 | 3,8 | 5 | 35,7 | 2,0 | 14 | 100,0 | 2,9 |
| Goiânia | 56 | 76,7 | 10,7 | 17 | 23,3 | 3,0 | 73 | 100,0 | 6,7 |
| Brasília | 65 | 75,6 | 6,6 | 21 | 24,4 | 2,0 | 86 | 100,0 | 4,2 |

Violência no trabalho

Introdução

Trabalho é uma categoria central tanto da organização da sociedade como da sua evolução. Enquanto atividade humana é o fundamento da produção da cultura, pois, ao realizá-lo, os seres humanos se objetivam em bens, artefatos e serviços; articulam-se com a natureza; criam uma rede de comunicação e de interação social e recriam a si próprios. Por isso, o trabalho é estruturante da subjetividade, das condições de saúde e das condições de existência, embora cada um desses processos tenha sua história própria e seu campo de abrangência específico. Pelo seu papel central na sociedade, o mundo do trabalho sofre os influxos das mudanças e de todos os problemas que ocorrem na sociedade e também gera transformações e desagregações, como é o caso da violência: a que acontece na dinâmica das relações sociais e a que se exerce nas relações de produção.

A violência nas relações e nos ambientes de trabalho faz parte da dinâmica da violência social brasileira, constituindo, em suas mais diversas expressões, um problema que ultrapassa as fronteiras do setor. A violência envolve diferentes classes sociais, homens e mulheres, grupos étnicos e grupos de idade. Ela atinge, também, em grau de riscos peculiares, as mais variadas ocupações, como lembra a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999), a Organização Pan-Americana da Saúde (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2001) e como se verá a seguir.

Conceitualmente, a violência no trabalho pode ser categorizada como: **estrutural**, quando é parte das relações de desigualdade, de dominação e de exploração dos trabalhadores, juntando expressões econômicas, políticas e simbólicas em diferentes épocas históricas. Hoje, a continuidade do trabalho escravo, do trabalho infantil, o crescente desemprego e a informalidade nas relações de produção são as formas mais cruéis de sua manifestação. A violência estrutural reatualiza-se, permanentemente nas relações em forma de **violência interpessoal** inter e intraclases e segmentos. Suas modalidades mais frequentes são as discriminações, a superexploração por meio do coronelismo, do clientelismo, das ameaças diversas e no plano cultural, pelo assédio moral, sexual e pela homofobia¹. No mundo do trabalho, há também expressões da violência de resistência que se caracteriza pela reação agressiva dos trabalhadores às diferentes formas de superexploração.

¹ Pela limitação de informações mais precisas, sobre os diferentes tipos de assédio e de discriminação sexual e homofóbicas, esses temas não serão analisados neste documento. Para estudos sobre o assédio moral, essa forma de violência dos patrões e seus prepostos que destrutam, desqualificam e ameaçam os trabalhadores, minando sua resistência física e psicológica, indica a seguinte bibliografia: Barreto (2003), Guedes (2003) e Martins (2003), dentre outros. Há inclusive um site que orienta sobre a bibliografia disponível sobre o assunto: www.assediomoral.org/biblio/portugues.php. Em geral, essa é ainda uma literatura nova no País e, em suas maioria, os estudos estão sendo produzidos por sindicatos de trabalhadores e por operadores do direito.

As manifestações mais graves da violência no trabalho são registradas nos dados de morte por acidentes e violências. No entanto, esses dados evidenciam apenas os eventos que se consumam em óbitos, o que é absolutamente insuficiente para descrever a complexidade das relações sociais que envolvem os conflitos geradores de lesões e traumas físicos e psicológicos nos trabalhadores. Apesar de sua insuficiência, porém, as informações estatísticas sobre acidentes e violências têm o importante papel de assinalar indicadores de caminhos possíveis para aprofundamento das dinâmicas sociais subjacentes a eles. Tanto nas cidades como no campo, esses dados especificam, circunstanciam e configuram uma dinâmica de relações sociais de produção dialeticamente articulada aos históricos conflitos sociais mais amplos da sociedade brasileira.

Portanto neste texto, inicialmente busca-se contextualizar a discussão sobre o fenômeno social, histórico e cultural da violência no âmbito do trabalho. A dimensão da violência fatal notificada no período de 1991 a 2000, por sexo, idade e ocupações, utilizando-se os dados de mortalidade do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e as estatísticas do Ministério da Previdência e da Assistência Social (MPAS). A partir dessa última instituição, são apresentadas, também, estatísticas sobre acidentes não fatais e sobre letalidade. As informações agregadas são contrastadas com análises focalizadas em espaços e grupos específicos, buscando-se ampliar e aprofundar a reflexão sobre o tema. Finalmente se procede, durante toda a análise e também de forma específica, à distinção e à articulação das especificidades da violência na realidade urbana e rural.

1 Contextualização das informações sobre violência no trabalho no Brasil

As mudanças atuais no âmbito das relações de trabalho, nos mais diferentes setores, acompanham um movimento mundial de reestruturação produtiva que se associa, sem eliminá-las, a formas arcaicas de produção e têm, em comum, a ênfase na globalização dos mercados, na privatização dos serviços públicos, na rápida incorporação tecnológica para a produção de bens e serviços, no aumento acelerado do trabalho informal e na exclusão social. Todos esses aspectos, somados aos problemas estruturais, trazem profundas conseqüências para a vida e a saúde do trabalhador (MINAYO et al., 2003), evidenciadas nas importantes modificações na composição espacial da força de trabalho, na dinâmica do emprego, do desemprego e do grau de formalização por gênero, idade e por categorias.

O Censo de 2000, do IBGE (2001), mostra que houve, no decorrer da década de 90, expressivo crescimento da População Economicamente Ativa (PEA) no Brasil, nas regiões Norte (119%) e Centro-Oeste (82,5%). A participação das mulheres acima de 10 anos de idade, no mercado de trabalho, igualmente, passou de 47,2% para 49% em 1999. Também, na década, os percentuais de trabalhadores com carteira assinada caíram de 64% para 61,3% e houve aumento expressivo do fenômeno das terceirizações dos serviços de empresas públicas e privadas, evidenciando-se um movimento de redivisão social e técnica do trabalho. Isso incidiu, primordialmente, no mercado informal no qual se acentuaram as mais diferentes formas de precarização do trabalho. É claro que tais transformações refletem-se, diretamente, na situação de saúde da clas-

se trabalhadora, uma vez que todos os mecanismos de proteção social, precariamente consolidados, hoje tendem a desaparecer, provocando, além de maior rotatividade e desemprego, muita insegurança, medo e novos problemas de saúde ocupacional, como as lesões por esforços repetitivos e estresse crônico (RIBEIRO, 1999).

Poder-se-ia dizer que a maior violência para os trabalhadores urbanos brasileiros, hoje, vem da experiência real de desemprego, da falta de oportunidade de competir num mercado de trabalho cada vez mais reduzido e exigente e de problemas daí decorrentes. Embora não se possa fazer um raciocínio linear concluindo-se que existe uma relação direta entre desemprego e delinquência, é possível afirmar que há uma associação da crise no mercado formal e legal de trabalho com processos crescentes de exclusão social e com o aumento da violência social em geral e criminal em particular. A “escolha” das atividades criminais como “opção” de trabalho possível cada vez mais é admitida, sobretudo, por alguns jovens das periferias urbanas das metrópoles brasileiras (MINAYO, 2003) e, em várias circunstâncias, no campo (IULIANELLI, 2004)².

No setor primário, a realidade brasileira apresenta uma ampliação e persistência de conflitos e violências nos espaços sociais agrários, nos quais ocorrem fortes violações de direitos humanos. Nas relações sociais de produção no campo, há uma coexistência estrutural da dinâmica da modernização com as formas mais arcaicas de relações de trabalho, como a escravização de agricultores, o recurso à tortura física e ameaças permanentes.

No Brasil, as únicas referências sistematizadas que existem para se estimar as dimensões da violência física que sofre a população trabalhadora são os registros de acidentes de trabalho. Para os fatais, conta-se com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e, para o conjunto dos acidentes, os registrados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) da Previdência Social, enquanto instância seguradora para registro e pagamento de benefícios aos dependentes do acidentado.

Em tese, o Sistema de Informações de Mortalidade³ constituiria o maior banco de dados para identificar e diferenciar os acidentes fatais, já que contém dados pessoais do acidentado por local de residência, ocupação e causa de morte. No entanto, o campo específico para indicar se o óbito ocorreu por um acidente de trabalho, em grande parte, não é preenchido ou consta como ignorado. Nesse instrumento, há também

² Não há aqui um juízo de valor ao se colocar o tráfico como opção de trabalho. Muitos autores, dentre eles Misse (1999) e Meirelles (1998) evidenciam características de organização do trabalho (jornada, hierarquia rígida, cargos, remuneração, etc). O caráter de legalidade ou de ilegalidade do trabalho se refere a outra ordem de questão: aquela que diz respeito às normas e convenções da sociedade sobre o certo e o errado.

³ Os dados de morbimortalidade por acidentes e violências no trabalho foram construídos pelo estatístico e mestrando em Estudos Populacionais e Pesquisa Social, Juaci Vitória Malaquias. Ele elaborou o Banco de Dados que deu suporte ao presente capítulo, realizando os recortes necessários nos bancos do SIM e AIH, do DATASUS e construindo as frequências e cruzamentos utilizados na análise apresentada.

algumas carências de informação, como a falta do local de ocorrência, do agente causador e de outros indicativos que possibilitariam a melhor caracterização dos acidentes e a distinção dos típicos, quando o trabalhador encontra-se no exercício de atividades a serviço da empresa, e os de trajeto, ocorridos no deslocamento da residência para o trabalho, ou vice-versa, e nos horários das refeições. A deficiência qualitativa e quantitativa das informações nas Declaração de Óbito (DO), em particular quando se referem às mortes por causas externas, já foi evidenciada em algumas investigações (JORGE, 1990; SOUZA, 1991, 2002; LADEIRA; GUIMARÃES, 1998). A não-elucidação das causas se deve ao preenchimento incompleto ou mesmo incorreto desse instrumento onde, muitas vezes, só é especificada a natureza da lesão sem esclarecimento do grupo de causa externa no qual essa lesão é classificada (LAURENTI; JORGE, 1993). Maior detalhamento dos dados nesses registros depende, em grande parte, das informações contidas nos Registros de Ocorrência (RO) da Polícia Civil, com base em depoimentos das pessoas que se dispõem a efetuar-los e na interpretação do policial que registrou a ocorrência (NJAINE et al., 1997; MUNIZ; SOARES, 1998).

Para superar os entraves citados acima, muitos investigadores têm recorrido a estratégias como a adotada pelo setor de Mortalidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Os profissionais que aí trabalham corrigem e complementam o conteúdo das declarações, principalmente no que se refere à causa mortis, introduzindo informações obtidas em unidades de saúde e de verificação de óbitos; no órgão responsável pela prestação de atendimento funerário; nos Cartórios de Registro Civil e no próprio Instituto Médico-Legal (IML). A utilização das Declarações de Óbitos (DO), qualificadas por todos os instrumentos possíveis de clarificação dos dados nesse município, foi realizada por Hennington (2002) para investigação sobre acidentes fatais em 1999 e 2000. Seu estudo permite uma visão mais abrangente e mais profunda do problema. Outra alternativa, embora extremamente dispendiosa, foi seguida por Mendes (2003). Ela se inspirou na técnica da “necropsia verbal” para enfrentar o que qualifica de “ângulos mortos” nas informações das DO de pessoas que realizavam atividades laborais na área urbana. Entrevistou os familiares dos falecidos para caracterizar os possíveis óbitos identificáveis como decorrentes de acidentes de trabalho, produzindo uma série de informações qualitativas fundamentais para a compreensão do fenômeno. Outros autores, dentre eles, Machado (1991); Lucca e Mendes (1993); Beraldo et al (1993); Oliveira e Mendes (1997); Waldvogel (2002), tentaram suprir as deficiências das DO para realização de investigações sobre mortalidade por acidentes de trabalho no Brasil ou em regiões específicas, estabelecendo comparações com dados do INSS.

As Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), documentos utilizados pelo INSS, apresentam a vantagem de conter, dentre outras informações, dados pessoais do acidentado, local, data, horário e circunstâncias de ocorrência do acidente, bem como a caracterização da empresa a que o trabalhador se vincula. Apesar de constituir o maior banco de dados específicos da área de Saúde do Trabalhador, esse instrumento apresenta o acidente como um fenômeno homogêneo, o que dificulta obter elementos elucidativos para melhor caracterização dos agravos à saúde relacionados às condições de trabalho. Classifica apenas os benefícios concedidos por doença do trabalho; acidente-tipo ou típico e acidente de trajeto. Quanto à gravidade, essa fonte diferencia os eventos apenas em relação à ausência do trabalhador do seu emprego, por intervalo menor ou maior do que 15 dias, por invalidez ou por morte. Há ainda outras limitações

nos bancos de dados do INSS, além do reconhecido grau de subnotificação. Sobretudo, é notória a pouca sensibilidade das informações que os bancos de dados acumulam em relação aos processos sociais de mudança, que provocam sofrimentos por violências nos trabalhadores de hoje (RIBEIRO, 1999; BARRETO, 2003; GUEDES, 2003; MARTINS, 2003), e aos acidentes de menor gravidade (POSSAS, 1981; ALVES; LUCHESI, 1992; MACHADO; MINAYO-GOMEZ, 1995); além do mais, restringem-se à população trabalhadora coberta pelo seguro acidentário. Encontra-se excluído desse universo o grande contingente dos funcionários públicos estatutários, trabalhadores autônomos, domésticos e do setor informal, dentre outros. Para se ter idéia da limitação dessa fonte oficial de dados, em 1999, para uma população economicamente ativa estimada em cerca de 72 milhões de pessoas, apenas 32 milhões, aproximadamente, eram assistidas pela Previdência Social e apenas 24 milhões estavam cobertas pelo seguro acidentário (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001).

Alguns pesquisadores (CARNEIRO, 2000; PEPE, 2002), no intuito de melhorar a compreensão dos acidentes e violência no trabalho, usam ainda o recurso aos Registros de Ocorrência (RO). Apesar destes serem documentos produzidos pela Polícia Civil para comunicação oficial de um crime e de ter orientação específica para o sistema de segurança pública e de processos penais, eles fornecem valiosas informações sobre acidentes fatais. É bem verdade que não contemplam todo o universo dos óbitos por causas externas, mas ajudam a compor o quadro de circunstâncias das mortes e, sobretudo, dos traumas e lesões. Como observa Soares (1997, p. 255), “homicídios dolosos e roubos seguidos de mortes, os crimes violentos mais graves, podem perfeitamente ser estudados a partir dos registros de Polícia Civil, mesmo sendo objeto de esforços de ocultamento”. A análise de certas rubricas para se obter dados mais fidedignos exige cautela, no entanto, uma vez que, também nas RO, a maior parte dos campos não é preenchida, com exceção do destinado à descrição da “mecânica do evento e medidas cautelares”, essa rubrica pode conter informações decisivas para se identificar acidentes de trabalho não registrados em outros instrumentos de notificação.

Concluindo, qualquer análise epidemiológica será precária se utilizar apenas uma das fontes de informação disponíveis. É com esse cuidado que se busca descrever, em primeiro lugar, os dados e as tendências da mortalidade e da morbidade por acidentes de trabalho no Brasil, entre 1991 e 2000. Esses são completados por estudos de grupos específicos que ajudam a compreender melhor a dimensão e a complexidade do tema. No caso das violências no campo, há muito pouco investimento acadêmico, sobretudo por parte dos estudiosos da saúde do trabalhador. A maioria dos trabalhos (escassos) aqui apresentados compõe-se de análises da área de Sociologia ou em forma de denúncia dos próprios movimentos sociais, dos sindicatos e de instituições religiosas.

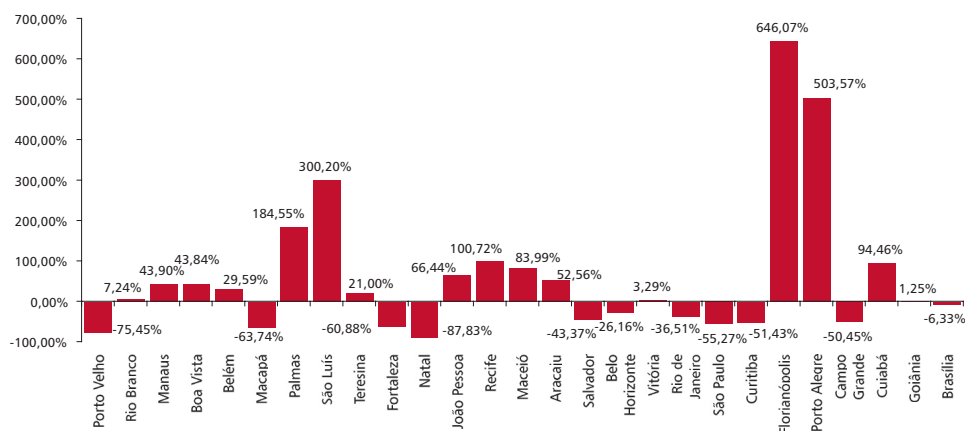
É escusado dizer que as informações existentes sobre violências e acidentes de trabalho são apenas a ponta de um monumental iceberg, cujas dimensões e profundidade são desconhecidas. A maioria das reflexões sobre o assunto, neste estágio do conhecimento, portanto, pode ser feita apenas fenomenicamente, exigindo cuidadosos estudos compreensivos que permitam dimensionar e compreender, diferenciar e aprofundar os problemas aqui tratados.

Análise dos dados quantitativos sobre acidentes e violências no trabalho

No período estudado (1991-2000), foram registrados 23.654 óbitos por acidentes de trabalho no SIM. Certamente não entram nessas estatísticas os assassinatos no campo, pois não são contados como acidentes fatais e sim como parte da violência física na sua forma mais brutal, geralmente são homicídios cometidos em confrontos. Nas estatísticas gerais, a distribuição anual dos óbitos foi bastante uniforme e não apresenta uma tendência de crescimento significativo durante a década de 90. Os acidentes de trabalho corresponderam, em média, a 0,3% do total de óbitos ocorridos por todas as causas, valor idêntico ao encontrado por Beraldo et al (1993) nos anos de 1979 a 1988. Em relação ao conjunto das mortes por causas externas, a proporção foi de 2,2% e significativamente inferior à observada por esses autores no período estudado por eles (3,3%).

Na análise da evolução temporal da mortalidade por acidente de trabalho na década de 90, por capitais, observa-se um declínio estatisticamente significativo dos casos notificados nas cidades de Porto Velho, Macapá, Fortaleza, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Campo Grande e Natal. A variação percentual entre os anos extremos foi de: 34% na Região Norte, 9,6% no Nordeste, -46,6% no Sudeste, 25% no Sul e 14,3% no Centro-Oeste (gráfico 1).

Gráfico 1

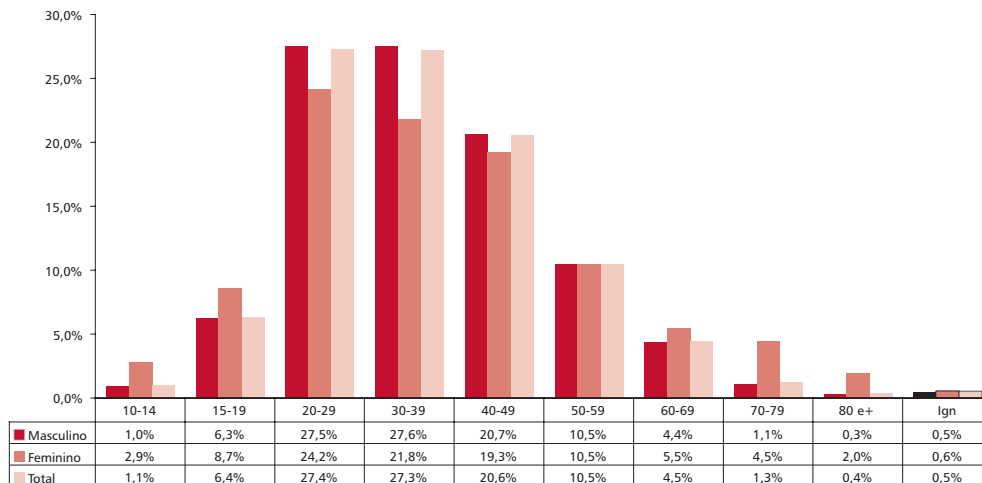


Variação percentual das taxas de mortalidade por acidentes de trabalho entre os anos 1991 e 2000. Capitais brasileiras, 1991-2000.

No gráfico 2, apresenta-se a distribuição da mortalidade por acidentes de trabalho segundo sexo e faixa etária. Os óbitos por essas causas apresentam maior concentração na faixa etária de 20 a 39 anos. Os trabalhadores entre 20 e 59 anos foram as principais vítimas, numa proporção de 86,7% do total desse tipo de morte violenta. No período, os trabalhadores do sexo masculino foram os mais afetados em 95,6% dos casos, numa razão de sobremortalidade de 18 homens para uma mulher.

Gráfico 2

Mortalidade proporcional por acidente de trabalho segundo sexo e faixa etária. Brasil, 1991-2000.

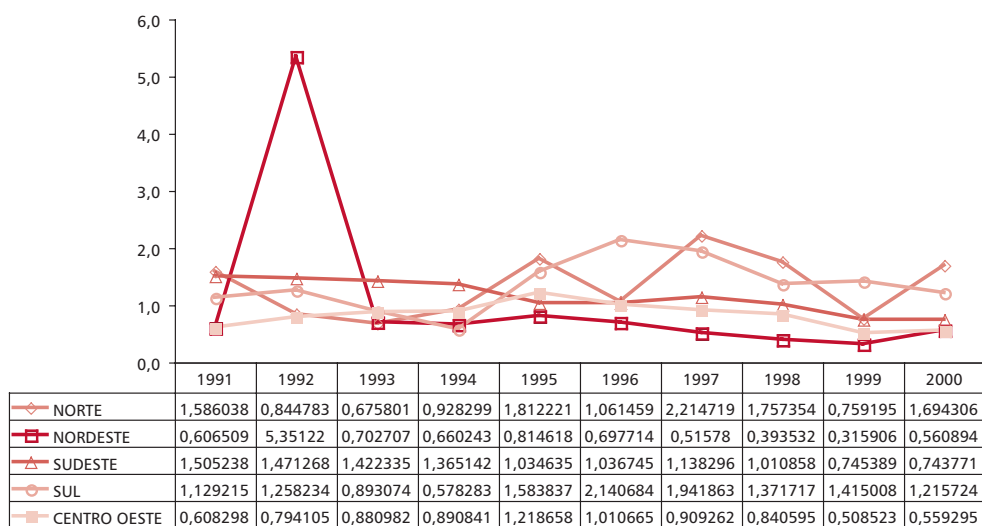


Por regiões (gráfico 3), no início da década, houve elevado crescimento de mortes associadas ao trabalho no Nordeste, apresentando-se, a seguir, acentuado declínio na mortalidade.

Na distribuição da mortalidade segundo a ocupação habitual, tomando-se por base o ano 2000, os condutores de veículo (19,3%), os trabalhadores braçais (10,3%), os trabalhadores agropecuários (6,5%) e os da construção civil (6%) estão entre as categorias profissionais com maior proporção de acidentes de trabalho notificados ao SUS. As grandes regiões, de forma geral, apresentaram padrão semelhante ao nacional, com exceção da Região Norte, onde os trabalhadores em atividades agropecuárias (38,5%) foram as principais vítimas.

Gráfico 3

Evolução temporal das taxas de mortalidade por acidentes de trabalho segundo Grandes Regiões. 1991-2000



Sobressai, também, a elevada proporção de óbitos entre produtores agropecuários (18,0%) na Região Nordeste e de trabalhadores da construção civil (14,3%) na Região Sudeste. A via pública se evidencia como o principal local de ocorrência das mortes no País (42%) e na maioria das regiões, com destaque para a Região Sul, onde 51,9% dos trabalhadores que morreram sofreram acidentes fatais nesse espaço.

Os acidentes de transporte conformam o subgrupo de causa responsável pela morte de 48,9% dos trabalhadores, o que guarda congruência com os dados relativos à ocupação, onde os condutores de veículos figuram em primeiro lugar. Em segunda posição, se classifica o grupo outros acidentes (30,3%), formado principalmente por eventos provocados por descontrole energético, como cargas elétricas e explosões. As quedas estão em terceiro lugar, sendo responsáveis por 12,3% dos óbitos de trabalhadores. As regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentaram padrões semelhantes ao descrito para o âmbito nacional. Já na Região Norte, o grupo de outros acidentes correspondeu a 48,1% dos óbitos, evidenciando problemas de falta de clareza nas notificações. No Centro-Oeste, os outros acidentes (38,5%) e os acidentes de transporte (38,1%) ocupam as primeiras posições na ordem de frequência das causas específicas.

Os dados oriundos do INSS, assim como os do SIM, ressaltam a tendência declinante da incidência nos óbitos por acidentes e violências no trabalho, no quadro geral de mortalidade do País, movimento que já vinha sendo observado desde 1980 (WUNSCH FILHO, 1999). Essa redução das taxas de mortalidade é mais acentuada na Região Sul do País (42%). A diminuição dos eventos fatais no ambiente de trabalho, nas áreas urbanas, se deve a diversos fatores, dentre os quais, alterações no perfil da força de trabalho e, principalmente, crescimento do setor de serviços que apresenta menores riscos de acidentes fatais; queda do número de empregados no setor industrial; introdução de mudanças tecnológicas; várias formas de terceirização; política previdenciária de extinção da rede de atenção ao acidentado do trabalho, dentre outros. Ao contrário, os acidentes de trajeto vêm tendo um aumento expressivo, o que revela uma associação progressiva desses eventos com as diversas manifestações de violência social, hoje um fenômeno de forte presença, sobretudo, nas maiores regiões metropolitanas do País, expressando-se, também, nos processos de deslocamentos dos trabalhadores para o trabalho e no retorno a suas moradias.

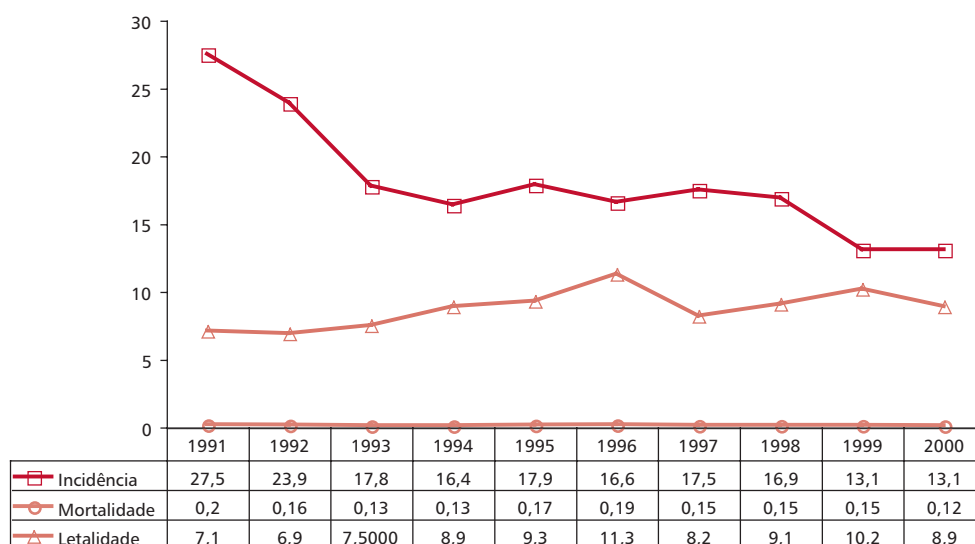
Ao contrário da mortalidade que tende a diminuir, percebe-se um relativo aumento da letalidade por acidentes e violências no trabalho no período. Esse aumento, em 1994, foi cerca de cinco vezes superior à taxa correspondente a 1970 (WUNSCH FILHO, 1999). Configura-se, portanto, do ponto de vista epidemiológico, um quadro de maior gravidade e menor magnitude no período contemplado para análise.

Observando-se a evolução temporal das taxas de mortalidade por acidentes, segundo as grandes capitais, constata-se uma grande oscilação no decorrer dos dez anos, não sendo possível configurar um padrão. Tomando-se por base o ano de 1991 e 2000, apenas Palmas (passou de 0,00 por cem mil para 8,01 por cem mil) e Florianópolis (de 0,36 para 2,92 por cem mil) evidenciando um crescimento mais pronunciado das taxas de eventos fatais. Assim mesmo, as taxas para essas duas capitais oscilaram no decorrer dos dez anos.

Quando comparados os dados notificados pelo SIM com os da Previdência Social (tabela 1), observa-se que o número de óbitos registrados nas DO corresponde a 58,2%

Gráfico 4

Incidência, Mortalidade e Letalidade por Acidentes de Trabalho, 1991 a 2000



Fonte: MPAS

dos registrados pelas CAT no período, percentual bem próximo ao encontrado por Beraldo et al (1993) nos anos de 1979 a 1988 (56,8%).

Nas informações publicadas nos relatórios do INSS sobre o período estudado, apenas foi possível dispor, de forma sistematizada, das referentes a óbitos por região, unidades da federação e capitais e a classificação da gravidade, conforme os critérios anteriormente mencionados. Nesses dados agregados não consta a causa básica do óbito, nem se o acidente foi típico ou de trajeto e muito menos a ocupação das vítimas. Essa

Tabela 1. Distribuição proporcional dos óbitos por acidentes de trabalho e em relação ao total de óbitos, às causas externas e à CAT. Brasil, 1991 a 2000.

| Ano | Acidente de trabalho ¹ | | Total de óbitos ¹ | | Causas Externas ¹ | | CAT ² | |
|--------------|-----------------------------------|---------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------|------------------|--------------|
| | N | % | N | % | n | % | N | % |
| 1991 | 2166 | 8,60 | 694952 | 0,3 | 96004 | 2,3 | 4527 | 47,85 |
| 1992 | 2751 | 10,92 | 719867 | 0,4 | 93141 | 3,0 | 3634 | 75,70 |
| 1993 | 2019 | 8,02 | 766148 | 0,3 | 97569 | 2,1 | 3183 | 63,43 |
| 1994 | 2224 | 8,83 | 778261 | 0,3 | 101216 | 2,2 | 3985 | 55,81 |
| 1995 | 2270 | 9,01 | 792359 | 0,3 | 108724 | 2,1 | 3827 | 59,32 |
| 1996 | 2307 | 9,16 | 806040 | 0,3 | 111258 | 2,1 | 4488 | 51,40 |
| 1997 | 2361 | 9,38 | 814295 | 0,3 | 113560 | 2,1 | 3469 | 68,06 |
| 1998 | 2179 | 8,65 | 839776 | 0,3 | 112043 | 1,9 | 3793 | 57,45 |
| 1999 | 1955 | 7,76 | 765041 | 0,3 | 103508 | 1,9 | 3896 | 50,18 |
| 2000 | 2422 | 9,62 | 919403 | 0,3 | 112932 | 2,1 | 3094 | 78,28 |
| Total | 22654 | 100,00 | 7896142 | 0,3 | 1049955 | 2,2 | 37896 | 58,20 |

Fonte: ¹Sistema de Informação sobre Mortalidade/Datasus/Funasa/Ministério da Saúde.

²Acidentes de Trabalho - Anuário Estatístico/Ministério da Previdência e Assistência Social

carência dificulta especificar e circunstanciar os óbitos, o que foi possível sanar (pelo menos em parte no que concerne apenas aos aspectos epidemiológicos) com algumas informações geradas por investigações realizadas em municípios de grande porte que cruzaram os dados das CAT com os das declarações de óbito e fizeram busca ativa das informações, como se analisa a seguir.

2 Violência no trabalho e violência urbana

Acidentes típicos, acidentes de trajeto e homicídios

O estudo desenvolvido por Gawryszewski et al. (1998) sobre acidentes de trabalho fatais em São Paulo, no ano de 1995, demonstra que os dados brutos divulgados pelo INSS não auxiliam adequadamente e muitas vezes contradizem os sistemas de informação organizados nesse estado pelos sindicatos de trabalhadores e de empregadores nos programas tripartites, para prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais. O levantamento é esclarecedor tanto quanto às dificuldades e às possibilidades de se obter um quadro mais real desses eventos, quando se consegue o acesso direto aos locais. Por tratar-se de uma pesquisa realizada em São Paulo, o estado que concentra o maior número de trabalhadores do ramo industrial e de serviços empregados no País, suas informações e conclusões são muito elucidativas, gerando, também, hipóteses a serem comprovadas em outras regiões urbanas. A fonte de informações para esse estudo foi o cadastro de empregadores das vítimas desses eventos fatais, fornecido pelo INSS, e as visitas de agentes de inspeção do trabalho às empresas onde ocorreram os acidentes, visando à coleta de documentos e às análises elaboradas por essas entidades sobre a ocorrência.

Os resultados do trabalho demonstraram que apenas 28,7% dos acidentes fatais tiveram por cenário o interior das unidades de trabalho (acidentes-tipo ou típicos). Sendo que, em grande parte, os acidentes-tipo foram quedas, majoritariamente ocorridas com trabalhadores da construção civil. Mais da metade dos eventos fatais (53,5%) aconteceu fora do espaço da empresa. Desse conjunto, 24,2% foram acidentes de trajeto, sendo o atropelamento a causa mais freqüente e 29,3% foram acidentes de trânsito, em sua maioria por colisão de veículos (ocorridos quando o trabalhador estava a serviço da empresa). As vítimas eram motoristas, passageiros ou pedestres.

Os homicídios, nesse estudo (GAWRYSZEWSKI, et al., 1998), figuraram com 15,9% do total das mortes no trabalho no Estado de São Paulo. Sua maior freqüência (70,9%) ocorreu no exercício profissional e não no trajeto, atingindo, principalmente, a atividade econômica de transporte e as ocupações de vigilantes e motoristas. Contrariamente aos estudos realizados em décadas anteriores, como o de Lucca e Mendes (1993) na região de Campinas, em que as empresas de pequeno porte, principalmente os ramos de atividade da construção civil e de transportes, eram responsáveis por 54% dos casos de mortalidade por acidentes, essa investigação revelou que a maior concentração de eventos fatais típicos aconteceram nas empresas de médio e grande portes, principalmente nos setores de construção, nas indústrias de transformação, no comércio e nos serviços de transporte.

Outra pesquisa, realizada por Waldvogel (2002), também sobre a mortalidade por acidentes e violências no trabalho no Estado de São Paulo, abrangendo os anos de 1991 e 1992, incluiu registros do INSS, dados do SIM e das bases estaduais. Esse estudo oferece uma contribuição significativa, porque amplia o universo de trabalhadores abrangidos, incluindo a população coberta e não coberta pelo INSS. Waldvogel constatou que os acidentes e violências fatais no âmbito do trabalho no Estado de São Paulo representaram 5,6% do total da mortalidade por causas externas no período. Ao estabelecer comparações entre as mortes por acidentes ocorridos na capital e no interior do estado, observou, nas DO, uma subnotificação de 69,6%. Ressaltou que nesse instrumento eram registrados, apenas, 20% dos casos ocorridos fora da empresa e que, no entanto, estavam relacionados ao trabalho. Os acidentes-tipo, incluindo-se os de trânsito, predominaram entre os que causaram morte, mas em proporções diferentes na capital (54,7%) e no interior (75,9%). A proporção dos acidentes-tipo que provocaram mortes também diferenciou esse estudo do realizado por Gawryszewski et al. (1998), que encontrou o percentual de 58,0% no total dos óbitos devidos ao trabalho no estado.

No estudo de Waldvogel (2002), os homens, particularmente na faixa etária de 20 a 29 anos, aparecem como a maioria da população vitimada por acidentes-tipo (72,5%), enquanto os acidentes que vitimaram fatalmente as mulheres foram predominantemente os de trajeto (74,1%). A autora conclui também que do total dos óbitos por acidentes no estado 65,0% aconteceram na via pública. As mortes ocorridas por acidentes com veículo a motor (33,4%), por atropelamentos (22,5%), por homicídios (22,1%) e por quedas (8,4%) representaram quase a totalidade dos eventos fatais associados ao trabalho no espaço urbano da capital. No interior do estado, a maioria das fatalidades se deveu a acidentes por veículo a motor (42,4%), distanciando-se muito das demais causas, como foi constatado também em pesquisa realizada por Lucca e Mendes (1993). Esses autores encontraram proporções mais elevadas ainda (54,8%) das tragédias no trânsito, pesando sobre as ocorrências fatais no trabalho, na região de Campinas/SP, ao triangularem informações das CAT, dos RO e das DO, no período de 1979 a 1989.

Na pesquisa de Waldvogel (2002), os óbitos por acidentes típicos, na capital, foram predominantemente homicídios (36,3%), seguidos das quedas, sendo os trabalhadores da construção civil os mais atingidos, numa proporção de 44,7% do total. Da mesma forma, os homicídios representaram grande parcela (38,5%) dos casos de acidentes fatais ocorridos com a população não coberta pelo INSS. Nesse grupo também, assim como na população abrangida pela pesquisa de Gawryszewski et al (1998) e pelos dados do SIM, as maiores taxas de mortalidade por acidentes e violências no trabalho, segundo os grupos ocupacionais, foram observadas nos setores de transporte e comunicação, serviços, comércio e na indústria da construção civil.

No estudo efetuado por Oliveira e Mendes (1997), na Cidade de Porto Alegre, tomando por base os anos de 1992 e 1993, a partir das DO por causas externas e com informações validadas pela realização de entrevistas com familiares das vítimas, verifica-se um quadro contrastante com as investigações anteriores. As principais causas de óbito encontradas foram homicídios (58%) e acidentes de trânsito (29%), ocorridos majoritariamente com trabalhadores da construção civil, do setor de transporte e de serviços de segurança que grande parte das vítimas (71%) não se enquadravam nas normas de notificação acidentária.

Deslocamento da violência no trabalho para fora dos muros das empresas

Essa é uma tendência hoje evidenciada por várias investigações sobre os trabalhadores urbanos. Pepe (2002), em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, recorreu aos RO da Polícia Civil, referentes ao ano de 1997. Estabeleceu estratégias para examinar aqueles casos que incluíssem trabalhadores registrados ou não no sistema previdenciário e que, embora não notificados como acidentes e violências no trabalho, pudessem ser identificados enquanto tal. Os dados mais elucidativos foram encontrados na rubrica que na RO aparece como “Da mecânica do evento e medidas cautelares” e destinado à descrição da ocorrência. A autora constatou que, nessa fonte, unicamente são considerados acidentes de trabalho os ocorridos nos ambientes internos das empresas o que, no caso, provocou uma proporção de 90,5% de subnotificação.

O trabalho de Mangas (2003) evidenciou que predominaram, dentre as vítimas, as que trabalhavam em setores de serviços de segurança, transporte e construção civil. Dentre as causas de morte mais relevantes, encontram-se os homicídios cometidos com arma de fogo e os acidentes de trânsito, por atropelamento e por colisões e as quedas. No setor industrial, assim como nos outros estudos já citados, foi encontrado elevadíssimo grau de subnotificação no ramo da construção civil. O número de mortes por acidentes de trabalho não registrado, sobretudo os típicos, foi quase três vezes maior que os efetivamente notificados e as quedas representaram 56,5% dessas ocorrências.

No setor de serviços, precisa ser destaque dado hoje às vítimas do setor de segurança pública. Seu trabalho de elevado risco e cada vez mais demandado para conter as resultantes da violência urbana, tem vitimado, sobretudo, policiais civis e militares. Dentre os estudos sobre as várias formas de adoecimento, de incapacitações por lesões e traumas e mortes, destacam-se os de Minayo e Souza (2003) e os de Muniz e Soares (1998). Esses últimos autores evidenciaram que as taxas de óbitos de policiais, fortemente associadas à dinâmica da violência social urbana no Rio de Janeiro, no período de 1994 a 1997, foram cerca de oito vezes superiores às da população em geral.

É imperativo lembrar, também, os tipos de vitimização com mortes que o mercado informal de trabalho, hoje predominante, propicia. Nele, se destaca, nas áreas das grandes regiões metropolitanas, o próprio mercado da violência. Parcelas importantes de jovens do sexo masculino, das áreas de periferia e favelas das grandes cidades, atualmente se empregam em atividades criminais. A faixa etária desse grupo é predominantemente de 10 a 29 anos. Atuam em atividades à margem da legalidade e, freqüentemente, se expõem a defender os negócios com armas de fogo. Estudo qualitativo realizado por Meirelles (1998) sobre jovens empregados no mercado de varejo do tráfico de drogas, numa favela com 15 mil habitantes no Rio de Janeiro, constatou a alta letalidade desse tipo de ocupação. Evidenciou também a subnotificação das mortes desses jovens em mais de 50%. A autora mostra, em sua etnografia, o quanto esse mercado ilegal, que também é mantido pela lógica e pela ética da violência, potencializa a vulnerabilidade da população adolescente. Somente no ano de 1997 (ano-base da pesquisa) ocorreram 57 homicídios desses jovens, o que significou a morte de 27% dos diretamente envolvidos no mercado varejista de drogas nessa favela. Vários outros estudos, como os de Zaluar (1995; 2002) e de Minayo e Souza (1999; 2003), assinalam que o limite da vida dos jovens que hoje trabalham no tráfico de drogas, um mercado defendido por armas de fogo, na média não ultrapassa os 24 anos. Os traficantes com idade mais elevada que permanecem vivos são, geralmente, os que estão cumprindo penas em prisões.

A construção civil como cenário de violência no trabalho

No setor urbano, todas as investigações já referidas confirmam a persistência do elevado número de acidentes típicos fatais na indústria da construção civil, setor de reconhecida importância por sua finalidade e abrangência, mas contraditoriamente marcado por um processo de trabalho que propicia, na ausência de ações preventivas, a constante convivência com situações aviltantes de risco. Já na década de 80, segundo Ficher e Paraguay (1989), essa indústria figurava em primeiro lugar em número de acidentes de trabalho ocorridos com morte (22,6 %). Na pesquisa de Lucca e Mendes (1993), esse ramo de atividade também apresentou a mais elevada proporção de mortalidade entre acidentados (22,1%). O quadro de vulnerabilidade da construção civil tem sua origem, dentre outras razões, em processos de terceirização fundados unicamente na transferência de responsabilidades, em cascata, passando das empresas principais para empreiteiras e dessas para organizações freqüentemente irregulares que conformam relações de trabalho cada vez mais precárias. Destacam-se, nas condições atuais de produção, a exacerbação da exploração e o mais absoluto descompromisso humano e social com os trabalhadores e a desresponsabilização das empresas em relação ao acidente, ao acidentado e à sua família. Essa última é, na maioria das vezes, abandonada, descartada por quem havia contratado os serviços do trabalhador que morreu ou ficou inválido e, freqüentemente, passa a ser assediada e enganada por advogados inescrupulosos que se apossam dos poucos recursos, quando excepcionalmente alguma indenização é conseguida na justiça. O mais comum é que os familiares da vítima inaugurem, a partir de então, uma situação de miséria muito mais aguda do que antes da morte do ente querido. Portanto, as circunstâncias dos acidentes e das mortes que ocorrem na construção civil são um caso demonstrativo da associação entre violência estrutural com formas cruéis de negligência institucional que se expressam em falhas na regulação, na fiscalização deficiente ou leniente, no conluio freqüente dos sindicatos de trabalhadores com empresas e com subcontratantes, dentre outros.

Investigação realizada, no Rio de Janeiro, por Mangas (2003), abrangendo os anos de 1997 a 2001, além de mostrar, de forma contundente, a situação laboral desfavorável dos trabalhadores da construção civil, em condições de subcontratação, evidencia o alto grau de subnotificação dos acidentes fatais nos instrumentos oficiais. Mas, a autora revela, em particular, as seqüelas, para as famílias, das mortes dos operários. De modo geral, sobretudo, nos casos dos trabalhadores sem registro, tanto os acidentes como as mortes deles decorrentes desestruturam-nas. Ao sofrimento gerado pela perda de um de seus membros, acrescenta-se a subtração de uma renda, por vezes essencial, quando se trata do principal provedor do sustento familiar.

Raramente as famílias dos operários que morreram ou se incapacitaram no trabalho obtêm indenizações e pensões, pois o recurso à Justiça que, em princípio, exige longo e tortuoso percurso é, freqüentemente, inviabilizado pela ausência de elementos que possam comprovar a vinculação entre a morte e o trabalho, provas essas, na maioria das vezes, escamoteadas pela construtora principal e pelas subcontratantes. A violência se inicia pela estratégia adotada por determinadas empresas de mascarar a cena do evento, descaracterizando a situação que provocou a morte, antes da realização da perícia técnica.

Em função dessas circunstâncias e do limitado número de CAT emitidas, Mangas (2003), pela busca ativa dos casos nos Registros de Ocorrência Policial e pela recuperação de notícias publicadas na imprensa, de relatórios sindicais, de certidões de óbito, de boletins de emergência de hospitais da rede pública e de laudos do Instituto Médico-Legal, conseguiu identificar, nas CAT, uma subnotificação de 69%. Encontrou, no grupo estudado, que as quedas configuraram a principal causa das mortes, com 33% das ocorrências. As vítimas principais eram serventes e apenas 23% dos trabalhadores mortos possuíam vínculos formais de trabalho.

3 Violência no trabalho agrícola e violência sóciopolítica no campo

A concentração de terra no Brasil, uma das maiores do mundo, aumentou segundo dados do IBGE, no Censo Agropecuário de 1996. Menos de 50 mil proprietários rurais possuem áreas superiores a mil hectares e esse grupo controla 50% das terras cadastradas. As melhores terras ocupadas se destinam hoje a monocultura para exportação, como cana, café, algodão, soja e laranja. Ao mesmo tempo, há cerca de 32 milhões de pessoas que passam fome e mais que o dobro se alimenta de forma precária. Desse total, metade vive na zona rural. Dos 23 milhões de trabalhadores rurais, apenas cinco milhões são assalariados permanentes ou temporários. E dos assalariados, cerca de 65% não possuem carteira assinada e apenas 40% possuem trabalho o ano inteiro. Há hoje, segundo o mesmo censo, 4,8 milhões de famílias de trabalhadores rurais vivendo em condições de meeiros, posseiros ou com propriedade de menos de cinco hectares (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1996). Desde então, muito pouco mudou nas condições estruturais de produção no campo.

Nas várias formas de violência resultantes dos conflitos de terra, citam-se os homicídios, os crimes por encomendas realizados pelos grupos de pistolagem⁴ (BARREIRA, 1992; REZENDE, 2002; ESTERCI, 1996), as chacinas que atingem grupos sociais ou de líderes que resistem ou denunciam ilegalidades e desmandos. Essas últimas visam a provocar efeitos demonstrativos para silenciar, punir e tornar os corpos e as mentes dóceis. São tecnologias de poder, segundo Santos (2001), tradicionais e atualizadas executadas de forma cruel, alimentadas pela impunidade. De 1964 a 1994, Santos (2001) contabilizou 380 conflitos no campo, envolvendo, de forma indireta, 14 bancos, 18 empresas estrangeiras e 348 empresas nacionais.

São elevadas também as taxas de suicídio associadas às condições de trabalho, onde o processo produtivo inclui o uso de agrotóxicos e pesticidas agropecuários. Certamente há muitas outras manifestações de violência que provocam lesões e traumas nos trabalhadores, porém, apenas alguns estudos pontuais e específicos assinalam problemas de adoecimento e incapacitações provocadas por formas de superexploração do trabalho no campo.

⁴ Em geral, os homicídios de trabalhadores no campo são cometidos por mandantes particulares, efetivados por executantes individuais ou por milícias. Suas características são a eliminação física dos opositores nos conflitos agrários, o aspecto ostensivo dos assassinatos e a impunidade dos mandantes e executores (SANTOS, 2001).

Do ponto de vista estrutural, no mundo rural, mulheres e crianças são as maiores vítimas. As primeiras, em sua maioria, realizam dupla jornada, não recebem remuneração e nos casos de conflitos em que seus maridos morrem, da mesma forma que acontece na construção civil, elas têm de se virar para criar os filhos, sozinhas e em condições muito mais precárias do que as possuíam antes da morte do trabalhador. Em geral, as “viúvas da terra”, sem proteção do poder público, além do ônus de passar a chefiar as famílias, vivem sob incessante clima de medo pelas ameaças que persistem após o evento fatal que, geralmente, ocorreu dentro de um contexto conflituoso.

As situações descritas acima freqüentemente se reproduzem sob os auspícios de governos estaduais, muitos deles comandados por autoridades comprometidas com o latifúndio ou com o coronelismo. Por isso mesmo, governos sucessivos, nas regiões em conflito, costumam mobilizar a ação repressora da Polícia Civil e Militar. Associa-se a isso a atuação do judiciário, muitas vezes, em conluio e a favor da manutenção das estruturas econômicas de poder no campo. No caso da atuação lastimável da justiça, é de se ressaltar a existência de uma indústria de emissão de títulos em áreas de posse, de falsificação de títulos de terra e grilagem, coonestadas, freqüentemente, por oficiais de registros de imóveis. Às mortes que todos os anos ocorrem somam-se verdadeiras expressões de tortura mental e simbólica a que são submetidos trabalhadores, sobretudo os que lideram algum movimento de resistência, nas formas de ameaças de morte, de mortes anunciadas ou de mortes juradas⁵. Estudo socioantropológico, realizado por Rezende (2002), descreve os problemas estruturais, os conluios de poder e o enredamento dos camponeses com as situações mais degradantes que continuam a submeter os trabalhadores. As formas mais cruéis e as mais sutis de violência simbólica continuam a se expressar, também, na política de favores como descreve Santos (2001).

A violência fatal e endêmica no campo tem sido mapeada, sobretudo, pela Comissão Pastoral da Terra vinculada à Igreja Católica⁶. Essa fonte revela que, de 1988 até 2000, 1.517 trabalhadores rurais foram assassinados no País. De 1985 (quando as estatísticas se iniciaram) até o ano 2000, houve 2.100 assassinatos de trabalhadores rurais, índios, advogados, religiosas, padres e outros profissionais ligados a movimentos de resistência no campo. Em 2000, ocorreram 21 assassinatos. De 1989 a 2000, 1.898 trabalhadores rurais foram presos por conflitos de terra, ações repressivas que, com o tempo, tendem a aumentar. Evidenciando o recrudescimento desse processo, apenas no ano 2000, o número de trabalhadores presos chegou a 258. O relatório de 2001 da CPT relata um crescimento de 40% dos assassinatos no campo em relação ao ano 2000: 29 trabalhadores morreram (COMISSÃO PASTORAL DA TERRA, 2004).

⁵ A lista de trabalhadores marcados para morrer é um dos indícios de crescimento da violência e da impunidade, sobretudo, no Estado do Pará. Essa lista circula nas regiões Sul e Sudeste do País, acompanhada por tabelas de preços de execuções, diferenciando os valores de acordo com a posição social do ameaçado. Na lista, até 4 de outubro de 2001, havia 24 nomes (MST, 2001).

Essa mesma instituição coloca o Pará como o epicentro dos conflitos resolvidos por formas violentas. Ali, segundo informações da CPT, 472 pessoas, sendo 67 delas crianças e adolescentes, foram assassinadas por causa dos conflitos de terra de 1985 até o ano 2000. O sul e sudeste do estado são as áreas mais violentas de uma região onde os conflitos de terra são endêmicos e se expressam de forma espetacularizada, chocando o País. Mas, assassinatos, ameaças e prisões de trabalhadores são registrados também em Alagoas, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pernambuco, Rondônia, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Bahia, Goiás, São Paulo, Rio Grande do Norte, Sergipe, Paraíba, Paraná e Minas Gerais (COMISSÃO PASTORAL DA TERRA, 2004).

Um documento da ONG Centro de Justiça Global (2004) denuncia que, no ano 2000, o Paraná se destacou como o estado onde foram notificadas mais violências contra trabalhadores rurais (incluindo-se mulheres e crianças): de 1995 a 2000, foram 16 mortes, 31 tentativas de assassinatos, sete casos de tortura, 322 trabalhadores lesionados nos conflitos e 470 presos. Destaca-se, nesse estado, o conflito de maio do ano 2000, quando 1.500 trabalhadores rurais sem-terra foram brutalmente reprimidos por policiais usando gás lacrimogêneo, cães treinados e balas de borracha e de chumbo. Nesse confronto houve a morte de um lavrador e 180 outros feridos.

De 1985 a 1996, estima-se que ocorreram 33 chacinas na área rural do Brasil com 195 mortes, sendo as mais conhecidas as de Corumbiara em Rondônia e de Eldorado dos Carajás no Pará. A maioria das situações que continuam a ser denunciadas já foi objeto de uma Comissão Parlamentar de Inquérito criada em 1991 para apurar origens, causas e conseqüências da violência no campo (BRASIL, 1991). Essa Comissão assinalou que cerca de 60% dos trabalhadores não estavam amparados por contrato de trabalho, ficando à margem de direitos que as leis trabalhistas lhes conferem: remuneração justa, descanso semanal remunerado, férias, 13.o salário, observância das condições de salubridade, garantias previdenciárias e outras. Encontravam-se como práticas difundidas, salários vis, longas jornadas, total insegurança e falta de perspectiva.

É importante assinalar que também na área rural as relações de produção de drogas ilícitas fazem parte da configuração da violência que dizima agricultores e os associa a esse mercado ilegal. Tal fenômeno ocorre hoje no chamado "Polígono da Maconha", uma área agricultável de 118 mil hectares entre Bahia e Pernambuco, envolvendo cerca de 40 mil trabalhadores, dentre os quais, dez mil crianças e adolescentes (IULIANELLI, 2004). Segundo estudiosos, haveria uma tendência de expansão da produção dessa erva, tornando seu cultivo um fenômeno agrário nacional. Numa estrutura capitalista de articulação do agronegócio e da pequena produção familiar, o pequeno

⁶ Embora a CPT não seja uma fonte acadêmica de análise, essa instituição vinculada à CNBB, órgão máximo de expressão nacional da Igreja Católica, registra dados sobre violência no campo contra trabalhadores rurais desde 1985. Seus documentos hoje fazem parte do acervo do Instituto Brasileiro de Informações Científicas e Tecnológicas (IBICT). Por outro lado, não existem levantamentos estatísticos e epidemiológicos de outras fontes.

produtor tem um papel bastante específico: ser o agente produtor que semeia, cuida da cultura, agiliza a colheita da maconha e dá início a seu beneficiamento, prensando-a para o transporte. A distribuição dos lucros que chega a ele é mínima e não lhe são garantidos direitos trabalhistas e fundamentais. Por ser um tipo de produção ilegal, mantida por seguranças que portam armas de fogo, há ali uma exacerbação dos desmandos, dos conflitos e dos assassinatos, pois a região, tradicionalmente, já era um reduto do coronelismo e de várias formas de violência⁷ (IULIANELLI, 2004). Esses conflitos potencializados pelos vínculos da produção agroindustrial da maconha geraram os lugares perigosos e os “lugares de ser homem”, expressões por meio das quais os padrões açulam os brios dos camponeses envolvidos, aumentando os episódios de homicídios e o aparecimento de grupos de extermínio. Nesse ambiente se criaram grupos de delinqüência unidos num movimento denominado Comando Caipira ligado ao Comando Vermelho⁸ no Rio de Janeiro, vinculando, por meio do mercado ilegal de tóxicos, a violência urbana e a violência no campo, de forma totalmente diferente da que opõe latifundiários e camponeses na luta pela terra (IULIANELLI, 2004). Infelizmente não há dados quantitativos sobre essa situação de trabalho em que muitos agricultores, ao entrarem como mão-de-obra, podem estar assinando sua sentença de morte. Mas, sabe-se que, em ambos os casos, nos conflitos por terra e nas plantações de maconha, os lavradores se relacionam em condições de desigualdade econômica, social e de poder.

O uso de agrotóxicos nas plantações e sua aplicação como parte das atividades laborais de muitos empregados no campo é outro tipo de dinâmica produtiva no campo, freqüentemente associada a acidentes e violências incapacitantes ou fatais. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999), anualmente cerca de três milhões de pessoas são contaminadas por essas substâncias e 70% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento. Os agrotóxicos estão em sétimo lugar em número de acidentes com substâncias químicas e em primeiro no número de mortes no campo, no mundo.

O consumo de ingredientes ativos de agrotóxicos no Brasil foi de 113.933 toneladas em 1997 e de 127.585 em 1999. O uso de pesticidas nas plantações está aumentando. Os gastos com esse produto no Brasil, em 1999, foram de US\$ 2.329.067.000,00. No Espírito Santo, por exemplo, em 1998, houve um consumo de 1.254 toneladas de agrotóxicos e de 1998 para 1999 o incremento atingiu 174%. Os gastos com a compra do produto no estado, de 1997 a 1999, chegaram a US\$ 56.872.000,00 (SÉCULO DIÁRIO, 2004).

⁷ Da mesma forma que ao tratar do emprego na comercialização de drogas ilegais na área urbana, também aqui, a intenção é mostrar as intrincadas relações entre problemas sociais e violência social. Embora empregados numa atividade ilegal, as relações de trabalho e de exploração estão presentes.

⁸ Comando Vermelho é uma das facções armadas que dirigem tráfico e o varejo de maconha e cocaína no Rio de Janeiro. Esse grupo que nasceu no início dos anos 80 continua a desafiar as forças de segurança pública do Estado e provocando além de medo e confrontos, a deterioração da qualidade de vida da população que vive nas favelas e periferias do Rio de Janeiro.

Esses venenos contaminam o solo, as águas e os alimentos. Em relação aos trabalhadores que os aplicam nos cultivos, os pesquisadores vêm comprovando vários malefícios. Os agrotóxicos conhecidos como organofosforados e ditiocarbamatos são considerados como prováveis causadores de doenças neurocomportamentais e de depressão, podendo estar associados, dentre outros problemas, aos desejos ou ao cometimento de suicídios, seja por efeitos nocivos à saúde física e mental, seja como mediadores do auto-aniquilamento. No primeiro caso, podem citar-se alguns exemplos que vêm sendo analisados por médicos e estudados por pesquisadores em exames laboratoriais e investigações epidemiológicas. No Ceará, por exemplo, a Cidade de Guaraciaba do Norte, produtora de tomate, teve seis suicídios em 2001, para uma população de 35 mil habitantes, o equivalente a 17 por cem mil, muito acima da média observada para o País.

No Paraná, em Prudentópolis, cidade produtora de fumo, milho, feijão e soja, em 1998, foi verificado um surto, com sete suicídios em 46 mil habitantes, ou seja, 15 por cem mil. Vários trabalhos têm mostrado que o índice de suicídios em cidades agrícolas do Rio Grande do Sul e do sul de Minas é muito mais elevado que a média nacional. Em Santa Cruz do Sul, considerada a capital nacional do fumo, houve, no ano 2000, 21 suicídios por cem mil habitantes, a maioria dos que morreram eram agricultores. A associação entre suicídio e uso de pesticidas ganhou destaque em 1996 no Rio Grande do Sul, quando a Cidade de Venâncio Flores chegou a registrar 37,22 suicídios por cem mil habitantes (GIRARDI, 2004).

A forma atual de cultivo do fumo, da soja, da cana-de-açúcar, do algodão, de flores e de outros produtos, como o tomate e o morango, tende a demandar volumes crescentes de fertilizantes químicos e agrotóxicos. Em Friburgo, Estado do Rio de Janeiro, os agricultores e principalmente os plantadores de flores têm se queixado muito de “problemas dos nervos”, sintomas associados à exposição sem controle aos agrotóxicos. Estudo epidemiológico transversal com 1.479 trabalhadores rurais e 495 estabelecimentos agrícolas da Serra Gaúcha, realizado por Faria et al (2000), evidenciou que 95% das propriedades e 75% dos agricultores utilizavam algum tipo de agrotóxico em suas atividades e 12% deles referiram pelo menos uma intoxicação aguda, sendo 60% dos casos diagnosticados por médicos. Em 91% das situações, inclusive em 84% que exigiram mais de 14 dias de afastamento do trabalho, não foi emitida a CAT. Os autores referem que os efeitos das intoxicações mais reconhecidos são as seqüelas neurológicas tardias. Acrescentam também uma informação importante sobre a insuficiência das estatísticas de acidentes e violências no trabalho: o sub-registro dos acidentes, no presente estudo, atingiu 91% dos casos.

Estudos de casos clínicos assinalam, como desfecho de intoxicações crônicas por organofosforados, principalmente, lesões cerebrais e polineuropatia, gerando problemas de locomoção, de paralização dos membros e problemas neurocomportamentais, como depressão profunda e sintomas de esquizofrenia (GIRARDI, 2004). Outro trabalho epidemiológico, utilizando técnicas de regressão logística com uma amostra de 1.064 trabalhadores rurais, entre 1991 e 2000, realizado por Soares et al (2003), avaliou os fatores de risco associados à intoxicação por organofosforados e carbamatos em vários municípios agrícolas de Minas Gerais. Cerca de 50% dos agricultores se encontravam pelo menos moderadamente intoxicados. Os autores consideram que a exposição, em longo prazo, a esses agrotóxicos pode levar a problemas oculares, respiratórios, cardiovasculares e neurológicos, confirmando os trabalhos citados anteriormente.

Mas, há outras modalidades de articulação dos agrotóxicos com a violência. É quando eles servem de mediação para os trabalhadores efetuarem ou tentarem suicídios. Dados do Sistema Nacional de Toxicologia (Sinitox)⁹ revelam que, no ano 2000, dos 72.786 casos de intoxicação humana, 14.649 foram tentativas de suicídio e destas, 13,4% (1933) cometidas com o uso de agrotóxicos. Naqueles casos em que foi possível evidenciar circunstâncias ocupacionais, 29,2% se deveram a agentes tóxicos de uso agrícola. A maioria das tentativas foi cometida por homens adultos de 20 a 69 anos. A letalidade mais elevada nos casos de tentativas de suicídio (377 óbitos) foi provocada pelos agentes tóxicos de uso agrícola, 2,75% (BRASIL, 2001).

Em síntese, como lembra Santos (2001), a violência contra os trabalhadores no campo faz parte da violência social difusa que permeia as relações de produção econômicas e de poder. Ela produz um elevado grau de letalidade. Dentre os seus atores, estão, além dos latifundiários e fazendeiros, os camponeses com as formas possíveis de resistência, os aparatos repressivos da polícia, o Poder Judiciário omissivo ou em conluio, e os poderes Executivo e Legislativo lenientes ou fracos.

4 Exemplos significativos da violência no trabalho

Trabalho escravo

Escravizar pessoas no Brasil é uma ilegalidade condenada pelo art. 149 do Código Penal. O caso-limite nas relações violentas no trabalho é a situação na qual os trabalhadores são radicalmente aviltados, reduzidos praticamente à condição análoga de escravos. A ocorrência de mortes em situação de trabalho escravo denota a brutalidade dessa relação de trabalho presente no quadro de modernização da agricultura brasileira (ESTERCI, 1996). Essa situação, que persiste há mais de um século depois da abolição oficial da escravatura, é responsável por manter homens, mulheres e crianças em privação de liberdade por meios que os confinam longe da vista da sociedade, sob prisão física e moral de dívidas crescentes, retenção de documentos ou salários, numa forma de cativeiro, sob vigilância armada e em condições degradantes de trabalho (PLASSAT, 2004). Segundo relatório da OIT (2001) sobre a situação a que denomina de trabalho forçado, esse crime contra os trabalhadores se caracteriza por: (a) abuso no sistema de recrutamento por intermediários chamados comumente “gatos”; (b) uso de agricultores vindos de regiões afetadas por desemprego e miséria, para realização de atividades sazonais em minerações, carvoeiras, cortes de cana, plantação de capim, colheita de algodão e café, dentre outras; (c) perda, pela maioria, de contato com as famílias, passando a viver em trânsito permanente como “peões de

⁹ É preciso lembrar que os dados do Sinitox (sistema centralizado no CICT da Fundação Oswaldo Cruz) não cobrem informações de todo o território nacional. Ele recolhe as notificações de agravos por envenenamento, fornecidas por centros estaduais e municipais que aderem voluntariamente ao sistema. Mesmo sendo incompleto e insuficiente, os dados que o Sinitox aporta são elucidativos de um tipo de dinâmica de agravos à saúde, não coberto por outras fontes.

trecho”; (d) freqüente escravização de toda a família, como no caso das carvoarias; (e) por vezes o trabalho escravo alicia também populações indígenas.

O que é comum em todas essas situações análogas à escravidão é o sistema de produção de uma dívida impagável com os patrões e com os “gatos”, como forma de violência. A persistência do trabalho forçado no Brasil combina violação dos direitos humanos e a falta de condições mínimas de subsistência nas regiões mais pobres. São relações de violência, por meio das quais fazendeiros, empresários e prepostos continuam a produzir e a manter seus negócios no campo e mais excepcionalmente na produção industrial urbana (REZENDE, 2002; ESTERCI, 1996; PLASSAT, 2004).

De 1980 a 1991, a Associação Brasileira de Inspectores do Trabalho documentou 3.144 casos de pessoas submetidas a trabalho forçado em 32 propriedades do sul do Pará (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2001). Desde o início dos anos 90, o Brasil vem adotando uma série de medidas para coibir esse crime. Em 1992, foi criado o Programa para Erradicação do Trabalho Forçado (Perfor) e, em 1995, foi lançada uma ação específica no âmbito do Serviço de Inspeção do Trabalho (SIT/MT), denominada Grupo Executivo de Combate ao Trabalho Forçado (Gertraf). A partir desse grupo, foram resgatadas 1.834 pessoas das condições de escravidão no campo de 1995 a 2000. Desde então, também se intensificaram as denúncias e o resgate das vítimas. Em 2002, foram 2.156 e, até setembro de 2003, 3.500 pessoas soltas e indenizadas pelo Estado (SINGER, 2004). A CPT, uma das instituições hoje mais ativas nas denúncias e na pressão política para a abolição real da escravatura no País, estima que cerca de 25 mil pessoas estejam submetidas a essa condição degradante em fazendas, garimpos, bordéis, indústrias e estabelecimentos comerciais (PLASSAT, 2004). Cidades do Nordeste são as maiores fornecedoras de escravos, tendo à frente algumas dos estados de Maranhão, Bahia e Piauí.

Em seu relatório de 2001, a CPT identificou 159 municípios que exportam trabalhadores escravos para outras regiões. O campeão é o Maranhão, um dos que possuem o mais baixo índice de desenvolvimento humano do País. Em sua maioria, as vítimas da escravidão são imigrantes das regiões de secas, desempregados das pequenas cidades do interior, pessoas tangidas pela necessidade de sobrevivência em busca de melhores condições de vida. Elas saem ou por iniciativa própria ou são aliciadas por “gatos”¹⁰ que as levam de caminhão ou de ônibus para os locais onde passam a viver de forma aviltante. Em geral, se dirigem a regiões de expansão agrícola. Pará e Mato Grosso são os estados campeões de denúncias e de resgate de trabalhadores escravos. Entretanto, também fazem parte da rota fazendas em outras áreas da Amazônia, em carvoarias e em Minas Gerais, em laranjais no interior de São Paulo, dentre outros.

¹⁰ “Gato” é um termo bastante comum no mundo do trabalho para designar contratadores de mão-de-obra que fazem a ponte entre o empregador e o “peão”.

Em resumo, é importante ressaltar que o trabalho escravo no Brasil é clandestino, mas sua erradicação só se efetivará com mecanismos macroestruturais de desenvolvimento de condições de produção e de reprodução das pessoas que hoje são vítimas. A violência estrutural que mantém a fome e a miséria alimenta a delinquência dos patrões. É preciso atuar, ao mesmo tempo, com projetos de desenvolvimento, de geração de renda nas regiões exportadoras desses trabalhadores que são escravizados e com medidas de fiscalização e de punições que dissuadam os culpados.

Trabalho infantil

Desde 1998, a lei brasileira permite que crianças, a partir de 14 anos, trabalhem apenas como aprendizes e, acima dos 16 anos, tenham vínculos formais. Mas, a Constituição determina que menores de 18 anos não trabalhem nem em horários noturnos (das 22 até 5 horas da manhã) nem em atividades consideradas perigosas e insalubres. No entanto, o fenômeno social denominado trabalho infantil é hoje uma das formas de expressão da violência estrutural e institucional contra crianças e adolescentes no País, pois, dentre outros agravos, prejudica seu crescimento e desenvolvimento e seu processo educativo.

Segundo dados do IBGE (2001a), na Pnad de 2001, ainda hoje no Brasil há 5.482.515 crianças entre 5 e 17 anos trabalhando. Dessas, 2.231.974 (40%) têm menos de 14 anos. A maioria (3.570.216) são meninos. Dos trabalhadores infantis até 13 anos de idade, grande parte está empregada na área rural. De 14 anos para cima, aumentam as atividades no setor de serviços e indústrias. As principais ocupações das crianças e dos adolescentes que trabalham no campo são atividades agrícolas. Nas áreas urbanas, têm empregos como balconistas, ajudantes de pedreiro e em restaurantes, em comércio ambulante, em oficinas de carro. As meninas são empregadas também em serviços domésticos, como os de babás, diaristas, atendentes e cozinheiras. As atividades informais urbanas ocorrem em maiores proporções no Sudeste e Centro-Oeste onde as crianças atuam em venda de frutas, balas e flores nos sinais de trânsito, guardam carros, engraxam sapatos, lavam pratos em restaurantes, dentre outras (Schwartzman, 2001).

A Pnad de 2001 encontrou trabalho infantil ainda em todos os estados brasileiros. O que tem a menor proporção é o Distrito Federal com 4% e o Maranhão ocupa o primeiro lugar com 22% de suas crianças trabalhando. Não é mera coincidência o fato de que nesse estado estejam concentrados os mais elevados índices de desnutrição infantil, de exportação de mão-de-obra escrava e de desigualdades sociais no País.

Cerca de 88% das crianças até 10 anos de idade, que trabalhavam em 1998, segundo Schwartzman (2001), não recebiam qualquer rendimento. Aos 17 anos, a proporção dos que não recebiam remuneração descia para 40%. O trabalho infantil tem um efeito muito perverso também no desenvolvimento e crescimento das crianças e dos adolescentes. Aos 17 anos, a defasagem idade-série dos que trabalham é de 3,7 anos e a dos que não trabalham, 2,7 anos. Mais grave que a defasagem citada é o fato de que, aos 17 anos, cerca de 40% dos que trabalham estejam fora da escola, em comparação com os 32% dos que não trabalham. Em ambos os casos, esse mau desempenho escolar geral, que se agrava no caso de crianças e jovens trabalhadores, é preocupante para a sociedade brasileira, pois denota problemas sérios de qualidade do sistema educacional. Mas, Schwartzman (2001) ressalta que a associação mais forte entre as causas da defasagem série-idade e abandono da escola não é o trabalho (embora nesse particular seja também significativa) é, principalmente, a persistência da miséria e da pobreza.

Além do significado negativo do trabalho infantil enquanto tal, tanto para o País como para as pessoas, esse quadro tem mais alguns ingredientes de crueldade quando as crianças são aliciadas para atividades ilegais. Nas áreas urbanas, o emprego de crianças nas gangues de tráfico de drogas foi atividade incluída pela OIT entre as formas de trabalho infantil intoleráveis, junto com a exploração sexual e sua escravização. No campo, algumas fazem parte das situações de escravidão, junto com seus pais, como já foi descrito.

No que concerne a problemas de insalubridade e periculosidade, ambas situações constitucionalmente impeditivas do trabalho até 18 anos, as terceirizações de atividades para o âmbito familiar, como é o caso do uso de cola para a solagem de sapatos, no setor de produção de calçados, perpetuam a ilegalidade. Além disso, nos canaviais, na cultura do sisal ou nas plantações de fumo, crianças e adolescentes estão expostos ao manejo de ferramentas cortantes, ao carregamento de fardos pesados, ao uso contínuo de agrotóxicos, além de, freqüentemente, trabalharem em longas jornadas.

Os dados referidos anteriormente sobre a situação aviltante do trabalho infantil no Brasil, quando comparados com os de dez anos atrás, indicam significativa diminuição na expansão desse fenômeno. De 1992 a 2001, mais de 4 milhões de crianças deixaram de trabalhar: em 1992, eram 9,7 milhões as crianças exploradas. Essa queda é fruto de fortes investimentos governamentais, de ONGs, e de organizações internacionais e da imprensa, para que sejam cumpridas convenções de Direitos Humanos e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e para que sejam criados mecanismos de modificação da situação. No entanto, especialistas concordam que, da mesma forma que no trabalho escravo, não bastam leis, diretrizes e coibições para sua erradicação. A origem secular do trabalho infantil no mundo e particularmente no Brasil é, em primeiro lugar, a pobreza, a miséria e a má distribuição de renda. São situações históricas de violência estrutural que tornam as crianças parte das condições de reprodução de suas famílias. Em segundo lugar, Schwartzman (2001) lembra o peso da cultura rural, sobretudo no sul do País onde, apesar das condições sociais no campo serem bem melhores que as do Nordeste, é a região em que quase metade das crianças e dos adolescentes, cujos pais trabalham em atividades agrícolas, também trabalha, em proporções mais elevadas que as de todas as outras regiões.

5 Considerações finais

As violências e os acidentes no trabalho têm como um dos seus reflexos o elevado número de acidentes, que, apesar do notório sub-registro e da insuficiente abrangência da população incluída nas fontes oficiais de informação, estima-se que provocaram mais de 36 mil óbitos no período contemplado.

Nessas conclusões, vários pontos devem ser destacados. O primeiro diz respeito à qualidade das informações. Essa não é apenas uma questão técnica. As omissões, as negligências, os descasos, as estratégias de ocultação e as muitas confusões entre as fontes existentes obedecem a diferentes lógicas naturalizadas e de vários atores sociais que até hoje não tomaram consciência da importância ou a quem não interessa o dimensionamento da magnitude dos fenômenos aqui descritos.

Em relação às fontes tradicionais, são pertinentes as insistentes críticas referentes às deficiências tanto nas DO como nas CAT e nos RO para subsidiar, com maior rigor, a definição de ações prioritárias no âmbito das políticas de prevenção. Tais limitações dizem respeito, particularmente, à ausência de preenchimento, nos RO, de campos fundamentais ou o preenchimento inadequado, somado ao alto número de causas ignoradas nas DO. A reformulação da CAT precisa ser tratada com urgência e poderia resolver parcialmente alguns dos problemas atuais.

As limitações do SIM, enquanto fonte de informação sobre mortalidade por acidentes de trabalho, evidenciam-se ao confrontar os dados contidos nesse sistema com as informações do INSS. Nas DO, apenas 60% das notificações de acidentes fatais feitas pelas CAT são registradas. Não obstante, a CAT é um instrumento inadequado para dimensionar o conjunto de acidentes ocorridos com mais de 50% da força de trabalho, hoje excluída do mercado formal, e do grande contingente de trabalhadores com vínculos formais não cobertos pelo seguro-acidente.

As estratégias utilizadas por alguns pesquisadores para ultrapassar a precariedade das informações contidas nessas fontes mostram-se oportunas para avançar na configuração de um quadro mais aproximado dos problemas em pauta, embora unicamente se tornem viáveis em escalas municipal ou estadual. A possibilidade de analisar as DO e as CAT, complementadas com outros subsídios, contribui significativamente para obter resultados quantitativa e qualitativamente mais significativos.

O recurso aos RO, apesar das limitações já apontadas e de exigir grande investimento na análise de seus diversos campos de anotação sobre o evento, demonstra-se mais oportuno para se extrair informações fidedignas que as DO, especialmente em relação à causa de morte. O grande desafio, portanto, é construir a articulação de várias fontes e integrá-las ao sistema geral de informações em saúde, com a valorização do campo acidente de trabalho. Essa integração precisa contemplar bancos de dados de outros setores, como os de trabalho, previdência, transporte, indústria e comércio, agricultura e segurança pública. Dessa forma, seria possível produzir análises com níveis distintos de complexidade e viabilizar sistemas de vigilância dos ambientes de trabalho.

Em segundo lugar, é fundamental observar-se o deslocamento da letalidade provocada pelas atividades de produção de bens e serviços para o âmbito das relações sociais mais amplas. As diversas investigações realizadas nos últimos anos sobre os óbitos por acidentes de trabalho e os registros das principais fontes de informação vêm comprovando a tendência crescente desses eventos guardarem relação com a especificidade da violência produzida no espaço público, no caso dos trabalhadores urbanos e com a violência política relativa à propriedade e posse da terra no campo. Há, em ambos os casos, uma convergência entre o nível de exposição à violência social em geral, em suas diversas faces, com a violência e os acidentes de trabalho no que se refere ao subgrupo de causas, ao sexo e à faixa etária das vítimas. A maioria dos mortos, tanto vítimas da violência social como nos ambientes de trabalho, são homens na idade produtiva: dos 20 aos 59 anos. Mas, nos processos da violência social difusa, comparados com as violências e os acidentes de trabalho, no caso urbano, inverte-se a ordem na proporcionalidade: figuram, em primeiro lugar, os acidentes de transporte (colisões e atropelamentos), seguidos pelos homicídios. A rua, enquanto lócus necessário para o exercício de determinadas ocupações e de trânsito da população trabalhadora, tor-

nou-se cenário principal das mortes por violências em geral e das que ocorrem nas atividades laborais. Em contraposição, observa-se, concomitantemente, uma relativa redução da ocorrência de óbitos por acidentes e violências nos recintos das empresas. No campo, há a coincidência entre a primazia dos homicídios na configuração da violência social e no mundo da produção rural.

Dessa forma, evidencia-se que, aos riscos provenientes da função que o trabalhador desempenha, agregam-se os da situação em que ele morre e que são comuns à população em geral. Como se pode observar nos estudos regionais, como os realizados em São Paulo e no Rio Grande do Sul, a maioria dos homicídios corresponde a acidentes típicos que, no entanto, não estão mais associados apenas às atividades realizadas no interior dos locais de trabalho, ultrapassando as causas consideradas mais habituais, como quedas, mutilações, explosões e esmagamentos. Conseqüentemente, as políticas e as ações de prevenção e controle dos acidentes e violências no trabalho não podem, hoje, concentrar-se apenas no âmbito dos serviços convencionais de saúde e segurança ocupacionais que se realizam no interior das empresas. É preciso interpretar corretamente as atuais transformações e sua concomitância nas relações sociais de produção, fato cuja complexidade transcende os limites das empresas. Por exemplo, o caso dos acidentes e violências que ocorrem nos transportes e nos trajetos – um dos grandes problemas atuais para a saúde pública no País – requer a interlocução com várias instâncias públicas. A permanência das quedas como acidente típico, particularmente entre trabalhadores da construção, reflete a continuidade de processos produtivos degradantes, aliada à ausência de medidas eficazes de prevenção.

Cabe enfatizar a dificuldade que é hoje dimensionar os acidentes fatais e incapacitantes que ocorrem com trabalhadores sem vínculo formal de emprego. Apenas algumas pesquisas de cunho mais qualitativo se aproximam desse diversificado universo. Representa um grande desafio trazer à luz as mortes anônimas ocorridas no exercício das atividades laborais, oficialmente desconhecidas na sua associação com o trabalho. Geralmente, as vítimas deixam seus dependentes sem qualquer forma de proteção social, como direito trabalhista.

É importante assinalar alguns dilemas que a configuração da dinâmica dos acidentes e das violências no trabalho traz hoje para os gestores públicos de saúde. A reestruturação produtiva, apoiada em avanços tecnológicos cada vez mais poupadores de mão-de-obra, está produzindo mudanças profundas na configuração do mundo do trabalho, na dinâmica das ocupações e da segurança e da seguridade dos trabalhadores, sobretudo nos âmbitos industriais e de serviços. Tentou-se deixar evidente, neste texto, que os instrumentos tradicionais de medida para os acidentes e as violências nos setores secundários e terciários são absolutamente insuficientes. Mas, no setor primário, os dados estatísticos são insignificantes para dimensionar as especificidades dos agravos, dos conflitos e das mortes dos trabalhadores. Isso indica que qualquer atuação por parte dos gestores públicos precisa contar com outros instrumentos de diagnóstico e de avaliação que não sejam os mecanismos oficiais.

Assinalam-se, ao final, algumas iniciativas importantes articulando governos, ONGs, igrejas, imprensa e organizações internacionais, na busca de superação de situações que perpetuam inúmeras formas de violência no trabalho. Destacam-se:

- O Fórum Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil, criado em 1994, reunindo

representantes do governo, da sociedade civil, de união de empregados e empregadores, para estabelecer políticas e acompanhar ações que visem à eliminação do trabalho infantil e ao ingresso, à permanência e ao sucesso de todas as crianças na escola. Do conjunto de ações governamentais destaca-se o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) implantado, em 1996, com a finalidade de retirar do mercado as crianças de 7 a 14 anos em piores condições de exploração e colocá-las em jornadas escolares ampliadas sob a orientação de monitores e desenvolvendo atividades escolares, culturais, de esporte e de lazer. O programa contempla uma bolsa-cidadã de R\$ 25 nas áreas rurais e R\$ 40 nos centros urbanos. No final de 2001, o Peti atendia a 749.353 meninos e meninas. O referido fórum tem sido um ator coletivo importante nas metas alcançadas no Plano de Erradicação do Trabalho Infantil. Além desses exemplos, há diversas iniciativas públicas de âmbito local e de ONGs no sentido de proteger a infância brasileira do trabalho precoce;

- em relação à eliminação das várias formas de trabalho escravo, no início de 2003, o governo brasileiro divulgou um plano nacional contendo 76 medidas que buscam coibir, punir, fiscalizar e prevenir. Em 31 de julho desse mesmo ano, foi criado um fórum formado por representantes de ministérios e de nove entidades privadas não-governamentais visando à repressão, punição e prevenção desse tipo de violência social. Várias medidas legais, propostas pelo fórum, estão sendo discutidas no Congresso Nacional, dentre elas: o confisco das terras onde forem encontrados trabalhadores em regime análogo ao de escravidão, destinando-as à reforma agrária; aumento do valor das multas aos proprietários que forem surpreendidos submetendo homens, mulheres e crianças ao regime de escravidão; prioridade para esses trabalhadores na distribuição de terras. Essas ações do poder público dão continuidade a tentativas de governos anteriores, inclusive, no ano de 1995, com a criação do Gertraf (grupo móvel de fiscalização) no âmbito do Ministério do Trabalho, organizado de forma centralizada e em segredo absoluto de seu planejamento, permitindo fiscalizações ágeis e independentes, sendo responsável pelo aumento da repressão a esse tipo de crime. O movimento social tem tido um papel insubstituível nas denúncias de escravização e na participação das ações a favor dos trabalhadores. Destaca-se, pela sua militância, a CPT, órgão da Igreja Católica, como entidade aglutinadora e impulsionadora que promove campanhas permanentes, documenta e quantifica os fatos, oferece denúncias e, junto com outros entes da sociedade civil, pressiona os governos a tomar posição. Ao contrário do trabalho infantil, em que a diminuição do número de crianças e adolescentes empregados é maior indicador de eficiência e eficácia da política de eliminação desse tipo de relação, no caso do trabalho escravo, o aumento do número dos "libertados" é que medirá a importâncias das medidas políticas adotadas;
- em relação à busca de superação das várias formas de opressão e dominação dos trabalhadores rurais, o movimento mais importante que surgiu nos últimos anos é o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST), em torno da Reforma Agrária: "Por um Brasil sem latifúndios!" é o lema da organização. Numa ação estratégica de construção de alianças, esse movimento estabelece metas claras de assentamento e agrega em torno de seus objetivos as mais diferentes entidades de direitos humanos, associações profissionais, sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais, movimentos sociais, aliados nacionais e internacionais. Vocaliza, em suas análises, as raízes e as conseqüências da violência no campo para o País, mostrando, com ações concretas, a importância de implantar, no mundo do trabalho agrário brasileiro, direitos de cidadania, sendo os principais, o direito à terra e ao trabalho.

O MST, junto com vários movimentos sociais do campo, merece destaque o papel da CPT, e a Associação Brasileira de Reforma Agrária (Abra) vem demonstrando a capacidade da ação histórica dos trabalhadores camponeses. O MST e a CPT registram, sistematicamente, e dão publicidade às agressões, aos despejos, às prisões ilegais, às ameaças de morte e aos assassinatos de trabalhadores, às crueldades que passariam despercebidas ou ficariam esquecidas, se não fossem suas ações de denúncia. Contribuem assim para a efetivação dos diferentes direitos que normalizam a vida social contemporânea. No entanto, os proprietários de terra têm conseguido, historicamente, renovar suas estratégias de dominação, de clientelismo e de violência por meio do exercício do poder econômico e político;

- no caso dos trabalhadores urbanos, as pautas relativas à redução e à prevenção dos acidentes e violências no trabalho passam pelas agendas sindicais. Essa relação do embricamento entre violência social e violência no trabalho nessas agendas não está muito clara e assumida. As pautas dos movimentos de saúde do trabalhador, que poderiam incluir questões específicas de prevenção da violência, possivelmente, pela dimensão dos problemas, ainda não colocaram foco sobre a necessidade urgente tanto de conhecimento como de ação específica focalizada sobre a violência no trabalho, em sua configuração atual.

Em síntese, como se pode constatar tanto os dados como as análises apresentadas constituem apenas aproximações das situações de violência que ocorrem hoje no mundo do trabalho no Brasil. Dos eventos mais visíveis, as mortes do trajeto para a ocupação ou nas atividades de transporte nas áreas urbanas e os homicídios no espaço urbano e rural, subgrupos de causas de mortes provocadas pela violência social, considerada em seu sentido amplo, são também as que predominam no mundo do trabalho, quando se trata de vítimas fatais. Mas, essas fatalidades têm, ao redor de si, um amplo campo relacional e institucional em que sobressaem as marcas determinantes da violência naturalizada, estrutural e reproduzida cotidianamente.

Do ponto de vista mais geral, ressalta-se que as altas taxas de desemprego provocadas pelo movimento da reestruturação produtiva trazem consigo insegurança, dependência em relação às condições de sobrevivência, miséria e exclusão social. Elas são a base de muito estresse e estão associadas a enfermidades de causas difusas e provenientes tanto das condições de trabalho como da falta de emprego. A fraqueza dos mecanismos de proteção social e a sua inexistência em vários setores e no mercado informal são parte do quadro de complexos fatores responsáveis pelo fato de que as violências e acidentes sejam a segunda causa de mortalidade no País e a primeira entre os jovens e adultos na idade produtiva. Esse cenário configura o fenômeno da violência atual, segundo Minayo (2003), como a infrapolítica da sociedade brasileira contemporânea, referindo-se à relevância que esse fenômeno adquiriu no mundo dos negócios no Brasil, à sombra do enfraquecimento do elemento político nas propostas de transformação.

Referências Bibliográficas

- ALVES, S.; LUCHESE, G. Acidentes de trabalho e doenças profissionais no Brasil: a precariedade das informações. *Informe Epidemiológico do SUS*, [S.l.], v. 1, n. 3, p. 5-19, 1992.
- BARREIRA, C. Pistolagem política: a morte por encomenda. *Reforma Agrária*, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 30-50, 1992.
- BARRETO, M. *Violência, saúde, trabalho: uma jornada de humilhações*. São Paulo: PUC/SP, 2003.
- BERALDO, P. S. S. et al. Mortalidade por acidentes do trabalho no Brasil: uma análise das declarações de óbito, 1979-1988. *Informe Epidemiológico do SUS*, [S.l.], v. 2, p. 41-54, 1993.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. *Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a apurar as origens, as causas e as conseqüências da violência no campo*. Brasília, 1991. Relatório Final/ Relator: Deputado Jonas Pinheiro.
- CARNEIRO, S. A. M. *Trabalho e violência: relação de proximidade: violência a trabalhadores durante a jornada de trabalho, na Zona Norte de São Paulo, em 1998*. 2000. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- CENTRO DE JUSTIÇA GLOBAL. *Reforma agrária e violência no campo*. [S.l.: s.n., 200-?]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/denunciar/Justiça_Global/Reforma_AgrariaVio.html>. Acesso em: 20 fev. 2004.
- COMISSÃO PASTORAL DA TERRA (CPT). *A violência rural no Brasil*. [S.l.: s.n., 200-?]. Disponível em: <<http://www.cptnac.com.br>>. Acesso em: 19 fev. 2004.
- ESTERCI, N. La dette qui rend esclave: politiques gouvernementales et stratégies patronales em Amazonie Brézilienne. In: COTTIAS, M. (Org.). *Esclavage et d'autres formes de dépendance*. Paris: MSH Éditeurs, 1996.
- FARIA, N. M. X. et al. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 115-128, 2000.
- FICHER, F. M.; PARAGUAY, A. I. B. B. *Condições de trabalho na indústria da construção civil no Brasil e as medidas tomadas com o propósito de melhorá-las*. São Paulo: OIT, 1989. Relatório de Pesquisa.
- BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. (FIOCRUZ). Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT). Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). *Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamentos, 2000*. Rio de Janeiro, 2001.
- GAWRYSZEWSKI, M.; MANTOVANINI, J. A.; LLUNG, L. T. *Acidentes de trabalho fatais: estudo sobre acidentes de trabalho fatais no estado de São Paulo no ano de 1995*. São Paulo: Delegacia Regional do Trabalho de São Paulo, 1998.

GIRARDI, G. *Mortes no campo e agrotóxicos*, 1, 2, 3. [S.l.: s.n., 200-?]. Disponível em: <<http://www.revistagalileu.globo.com>>. Acesso em: 19/02/04.

GUEDES, M. N. *Terror psicológico no trabalho*. São Paulo, Editora LTR, 2003.

HENNINGTON, E. A. *Saúde e trabalho: mortalidade e violência no município de Campinas*. Tese (Doutorado)–Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa agropecuária*. Rio de Janeiro: IBGE, 1996.

———. *Censo de 2000: síntese dos indicadores sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

———. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios sobre trabalho infantil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001a.

IULIANELLI, J. A. S. O sistema das drogas: estrutura produtiva e usos e costumes. *Koinonia*, 3. Disponível em: <<http://www.koinonia.org.br/narco/artigos.htm>>. Acesso em: 19 fev. 2004.

LADEIRA, R. M.; GUIMARÃES, M. D. Análise da concordância da codificação de causa básica de óbito por acidentes de trânsito. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 32, p. 132-137, 1998.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. MELLO O *atestado de óbito*. São Paulo: Centro Brasileiro da OMS para Classificações de Doenças em Português, 1993.

LUCCA, S. R.; MENDES, R. Epidemiologia dos acidentes de trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 27, n. 3, p. 168-176, 1993.

MACHADO, J. M. H. *Violência no trabalho e na cidade: epidemiologia da mortalidade por acidente de trabalho registrada no Município do Rio de Janeiro em 1987 e 1988*. Dissertação (Mestrado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GOMEZ, C. Acidentes de trabalho: concepções e dados. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p.117-141.

MANGAS, R. M. N. *Acidentes fatais e desproteção social na construção civil no Rio de Janeiro*. 2003. Dissertação (Mestrado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 2003.

MARTINS, J. V. N. *Danos morais e esforços repetitivos*. São Paulo: Editora LTR, 2003.

JORGE, M. H. P. MELLO. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 217-223, 1990.

MEIRELLES, Z. V. *Vida e trabalho de adolescentes no narcotráfico numa favela do Rio*

de Janeiro. Dissertação (Mestrado)–Rio Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

MENDES, J. M. R. *O verso e o averso de uma história: o acidente e a morte no trabalho*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-48.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 7-24, 1999.

— (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MINAYO, M. C. S. et al. Mortalidade por acidentes de trabalho no Brasil, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade. *Boletim Epidemiológico*, [S.l.], v. 8, 2003.

MISSE, M. *O Movimento: a estruturação das redes do tráfico no Rio de Janeiro, reconstituição e análise*. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ, 1999.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA (MST). *Relatório da violência no campo*, Brasil, 2001. Disponível em: <<http://www.mst.org.br>>. Acesso em: 20 fev. 2004.

MUNIZ, J.; SOARES, B. M. (Org.). *Mapeamento da vitimização de policiais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ISER/UNESCO/Ministério da Justiça, 1998. Relatório de pesquisa.

NJAINE, K. et al. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 405-414, 1997.

OLIVEIRA, P. A. B.; MENDES, J. M. Acidentes de trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, p. 73-83, 1997. (Suplemento 2).

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). *Não ao trabalho forçado: relatório global do seguimento da OIT relativa aos princípios e direitos fundamentais do trabalho*. Genebra: Secretaria Internacional do Trabalho, 2001.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Division of Health and Environment. *Regional plan on workers'health: environmental quality program*. Washington, 2001.

PEPE, C. C. C. A. *Estratégias para superar a desinformação: um estudo sobre acidentes de trabalho fatais no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 2002.

PLASSAT, X. Trabalho escravo no Brasil, até quando? *Justiça Global*. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/JusticaGlobal/Trabalho>>. Acesso em: 17 fev. 2004.

- POSSAS, C. A. *Saúde e trabalho: crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- REZENDE, R. *O trabalho escravo contemporâneo por dívida: como se manifestam os acusados*. Rio de Janeiro, 2002. Conferência na Universidade Salgado de Oliveira. Mimeografado.
- RIBEIRO, H. P. *A violência oculta no trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- SANTOS, J. V. T. Conflitos agrários e violência no Brasil: agentes sociais, lutas pela terra e reforma agrária. In: A CONTEMPORANEIDADE brasileira. Santa Cruz: UNISC, 2001.
- SCHWARTZMAN, S. *Trabalho infantil no Brasil*. Brasília: Organização Internacional do Trabalho no Brasil, 2001.
- SÉCULO DIÁRIO. Crianças aplicam agrotóxicos no campo. *Notícias*. Disponível em: <http://www.seculodiario.com/arquivo/2001>. Acesso em: 20 fev 2004.
- SINGER, P. Trabalho escravo no Brasil: como, se ele foi abolido em 1888? *Imprensa popular*. Disponível em: <http://www.imprensapopular.com>. Acesso em: 23 fev. 2004.
- SOARES, L. E. *Violência e política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ISER, 1997.
- SOARES, W. et al. Trabalho rural e fatores de risco associados ao regime de uso de agrotóxicos em Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1117-1127, 2003.
- SOUZA, E. R. *Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro*. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- . Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências, no âmbito da Saúde Pública. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 255-273.
- WALDVOGEL, B. C. *Acidentes do trabalho: os casos fatais – a questão da identificação e da mensuração*. Belo Horizonte: Segraf Editora, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Ethically correct, economically sound*. Genebra: WHO, 1999. (Occupational health, Fact sheet, n. 84).
- WÜNSCH FILHO, V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 41-51, 1999.
- ZALUAR, A. Crime, medo, política. *Sociedade e Estado*, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 391-474, 1995.
- . Diagnóstico da violência urbana no Brasil. In: BRASIL. Câmara dos Deputados. Coordenação de Publicações (Org.). *Violência urbana e segurança pública*. Brasília, 2002. p.18-19.

Anexo 8

Tabela 65. Taxa* de mortalidade por acidentes de trabalho. Capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Porto Velho | 4,87 | 2,17 | 2,36 | 5,51 | 5,93 | 2,38 | 5,00 | 3,28 | 1,29 | 1,20 |
| Rio Branco | 4,05 | 2,61 | 3,06 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,91 | 1,60 | 0,39 | 4,35 |
| Manaus | 1,19 | 0,87 | 0,19 | 0,36 | 3,19 | 0,95 | 2,35 | 2,94 | 1,35 | 1,71 |
| Boa Vista | 1,39 | 0,68 | 1,88 | 1,80 | 2,30 | 1,81 | 4,41 | 1,84 | 1,79 | 1,99 |
| Belém | 0,48 | 0,00 | 0,08 | 0,00 | 0,07 | 0,61 | 1,29 | 0,60 | 0,08 | 0,62 |
| Macapá | 3,89 | 1,69 | 1,67 | 3,80 | 0,53 | 1,81 | 1,28 | 0,41 | 0,00 | 1,41 |
| Palmas | 0,00 | 2,81 | 0,00 | 0,00 | 2,03 | 3,48 | 0,00 | 0,00 | 0,82 | 8,01 |
| São Luís | 0,14 | 0,14 | 0,00 | 0,00 | 1,05 | 0,90 | 0,12 | 0,12 | 0,60 | 0,57 |
| Teresina | 1,50 | 1,31 | 1,57 | 0,78 | 2,14 | 2,75 | 1,35 | 1,03 | 1,45 | 1,82 |
| Fortaleza | 1,07 | 22,94 | 0,05 | 1,18 | 1,32 | 0,81 | 0,30 | 0,19 | 0,10 | 0,42 |
| Natal | 1,15 | 0,97 | 0,16 | 0,00 | 0,46 | 0,15 | 0,15 | 0,44 | 0,00 | 0,14 |
| João Pessoa | 0,20 | 0,99 | 0,19 | 0,56 | 1,68 | 1,09 | 0,00 | 0,17 | 0,17 | 0,33 |
| Recife | 0,39 | 0,54 | 0,61 | 0,98 | 0,60 | 0,67 | 0,74 | 0,58 | 0,51 | 0,77 |
| Maceió | 0,48 | 0,46 | 0,45 | 0,00 | 0,15 | 0,97 | 1,87 | 0,65 | 0,51 | 0,88 |
| Aracaju | 0,99 | 0,98 | 1,43 | 2,80 | 0,23 | 0,00 | 1,38 | 1,59 | 0,00 | 1,52 |
| Salvador | 0,14 | 0,86 | 1,52 | 0,23 | 0,27 | 0,05 | 0,09 | 0,09 | 0,09 | 0,08 |
| Belo Horizonte | 0,54 | 0,69 | 0,29 | 0,72 | 0,24 | 0,33 | 0,47 | 0,24 | 0,05 | 0,40 |
| Vitória | 2,32 | 1,15 | 4,11 | 2,21 | 1,81 | 0,38 | 2,24 | 1,49 | 0,37 | 2,39 |
| Rio de Janeiro | 0,51 | 0,76 | 0,31 | 0,48 | 0,34 | 0,74 | 0,99 | 0,68 | 0,20 | 0,32 |
| São Paulo | 2,25 | 2,05 | 2,21 | 1,97 | 1,57 | 1,37 | 1,34 | 1,35 | 1,21 | 1,01 |
| Curitiba | 2,21 | 1,71 | 1,03 | 0,95 | 1,37 | 1,83 | 2,31 | 1,55 | 0,88 | 1,07 |
| Florianópolis | 0,39 | 2,71 | 2,62 | 0,74 | 3,64 | 7,37 | 2,18 | 1,44 | 3,19 | 2,92 |
| Porto Alegre | 0,16 | 0,48 | 0,39 | 0,15 | 1,38 | 1,40 | 1,46 | 1,15 | 1,67 | 0,96 |
| Campo Grande | 1,52 | 2,04 | 0,71 | 1,39 | 2,22 | 1,33 | 1,29 | 1,58 | 0,62 | 0,75 |
| Cuiabá | 0,74 | 1,71 | 2,07 | 0,45 | 0,86 | 2,08 | 0,45 | 0,45 | 0,88 | 1,45 |
| Goiânia | 0,54 | 0,11 | 0,42 | 0,21 | 1,92 | 1,20 | 1,17 | 0,29 | 0,66 | 0,55 |
| Brasília | 0,31 | 0,55 | 0,90 | 1,23 | 0,58 | 0,55 | 0,75 | 0,99 | 0,30 | 0,29 |

(*)Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 66. Taxa* de mortalidade masculina por acidentes de trabalho. Capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|------|-------|------|-------|-------|-------|------|------|------|-------|
| Porto Velho | 9,59 | 3,63 | 4,65 | 10,22 | 11,69 | 4,77 | 9,36 | 5,92 | 2,59 | 2,40 |
| Rio Branco | 8,17 | 5,32 | 5,14 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5,94 | 2,45 | 0,79 | 8,11 |
| Manaus | 2,43 | 1,58 | 0,38 | 0,56 | 6,54 | 1,78 | 4,49 | 5,55 | 2,46 | 3,21 |
| Boa Vista | 2,57 | 1,27 | 3,48 | 1,11 | 4,26 | 3,59 | 8,78 | 3,67 | 3,58 | 3,99 |
| Belém | 0,85 | 0,00 | 0,16 | 0,00 | 0,00 | 1,11 | 2,55 | 1,26 | 0,18 | 1,15 |
| Macapá | 5,63 | 3,42 | 2,26 | 4,39 | 1,07 | 2,75 | 1,73 | 0,83 | 0,00 | 2,87 |
| Palmas | 0,00 | 5,38 | 0,00 | 0,00 | 3,78 | 6,86 | 0,00 | 0,00 | 1,61 | 16,00 |
| São Luís | 0,31 | 0,30 | 0,00 | 0,00 | 2,26 | 1,38 | 0,27 | 0,26 | 1,29 | 0,98 |
| Teresina | 3,23 | 2,82 | 3,38 | 1,67 | 3,96 | 5,88 | 2,89 | 1,58 | 2,79 | 3,58 |
| Fortaleza | 2,32 | 39,15 | 0,12 | 2,19 | 2,62 | 1,74 | 0,64 | 0,42 | 0,20 | 0,70 |
| Natal | 2,48 | 2,09 | 0,34 | 0,00 | 0,98 | 0,00 | 0,00 | 0,95 | 0,00 | 0,30 |
| João Pessoa | 0,43 | 1,70 | 0,41 | 0,81 | 1,61 | 1,96 | 0,00 | 0,37 | 0,37 | 0,72 |
| Recife | 0,83 | 1,15 | 1,31 | 1,94 | 0,80 | 1,28 | 1,58 | 1,10 | 0,94 | 1,66 |
| Maceió | 1,01 | 0,66 | 0,95 | 0,00 | 0,31 | 1,76 | 3,13 | 1,39 | 1,08 | 1,86 |
| Aracaju | 2,12 | 2,10 | 2,54 | 5,98 | 0,00 | 0,00 | 2,95 | 1,94 | 0,00 | 3,24 |
| Salvador | 0,31 | 1,52 | 2,73 | 0,38 | 0,47 | 0,10 | 0,19 | 0,19 | 0,18 | 0,17 |
| Belo Horizonte | 1,15 | 1,35 | 0,62 | 1,52 | 0,40 | 0,61 | 0,90 | 0,50 | 0,10 | 0,85 |
| Vitória | 4,91 | 1,63 | 8,71 | 4,68 | 3,84 | 0,80 | 3,96 | 3,15 | 0,78 | 5,07 |
| Rio de Janeiro | 1,01 | 1,43 | 0,61 | 0,87 | 0,68 | 1,49 | 1,83 | 1,18 | 0,38 | 0,62 |
| São Paulo | 4,45 | 3,94 | 4,23 | 3,84 | 2,96 | 2,56 | 2,68 | 2,77 | 2,34 | 1,97 |
| Curitiba | 4,29 | 3,42 | 1,99 | 1,98 | 2,87 | 3,66 | 4,66 | 3,22 | 1,84 | 2,23 |
| Florianópolis | 0,81 | 4,00 | 4,65 | 1,53 | 7,52 | 15,22 | 4,50 | 2,22 | 6,59 | 5,43 |
| Porto Alegre | 0,34 | 1,02 | 0,84 | 0,33 | 2,95 | 2,82 | 3,13 | 2,13 | 3,58 | 2,04 |
| Campo Grande | 3,10 | 3,79 | 1,44 | 2,84 | 3,84 | 2,73 | 2,32 | 3,23 | 1,26 | 1,55 |
| Cuiabá | 1,51 | 3,48 | 2,80 | 0,90 | 1,75 | 4,24 | 0,93 | 0,91 | 1,80 | 2,97 |
| Goiânia | 1,13 | 0,22 | 0,87 | 0,43 | 3,39 | 2,50 | 2,46 | 0,60 | 1,39 | 1,15 |
| Brasília | 0,65 | 1,14 | 1,87 | 2,56 | 1,08 | 1,03 | 1,33 | 1,95 | 0,53 | 0,61 |

(*)Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 67. Taxa* de mortalidade feminina por acidentes de trabalho. Capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Porto Velho | 0,00 | 0,72 | 0,00 | 0,66 | 0,00 | 0,00 | 0,67 | 0,66 | 0,00 | 0,00 |
| Rio Branco | 0,00 | 0,00 | 1,01 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,79 | 0,00 | 0,77 |
| Manaus | 0,00 | 0,19 | 0,00 | 0,18 | 0,00 | 0,17 | 0,33 | 0,48 | 0,31 | 0,28 |
| Boa Vista | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Belém | 0,15 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,14 | 0,17 | 0,16 | 0,00 | 0,00 | 0,15 |
| Macapá | 2,20 | 0,00 | 1,10 | 3,22 | 0,00 | 0,89 | 0,84 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Palmas | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| São Luís | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,48 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,22 |
| Teresina | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,57 | 0,00 | 0,00 | 0,55 | 0,27 | 0,26 |
| Fortaleza | 0,00 | 8,90 | 0,00 | 0,30 | 0,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,18 |
| Natal | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,29 | 0,28 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| João Pessoa | 0,00 | 0,37 | 0,00 | 0,35 | 1,73 | 0,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Recife | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,14 | 0,42 | 0,14 | 0,00 | 0,14 | 0,14 | 0,00 |
| Maceió | 0,00 | 0,29 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,26 | 0,76 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Aracaju | 0,00 | 0,00 | 0,45 | 0,00 | 0,43 | 0,00 | 0,00 | 1,28 | 0,00 | 0,00 |
| Salvador | 0,00 | 0,27 | 0,43 | 0,09 | 0,08 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Belo Horizonte | 0,00 | 0,09 | 0,00 | 0,00 | 0,09 | 0,09 | 0,09 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Vitória | 0,00 | 0,73 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,71 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Rio de Janeiro | 0,07 | 0,17 | 0,03 | 0,14 | 0,03 | 0,07 | 0,24 | 0,24 | 0,03 | 0,06 |
| São Paulo | 0,20 | 0,28 | 0,33 | 0,23 | 0,27 | 0,27 | 0,08 | 0,04 | 0,17 | 0,13 |
| Curitiba | 0,29 | 0,00 | 0,14 | 0,00 | 0,00 | 0,13 | 0,13 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Florianópolis | 0,00 | 1,50 | 0,73 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,70 | 0,00 | 0,57 |
| Porto Alegre | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,15 | 0,00 | 0,29 | 0,00 | 0,00 |
| Campo Grande | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,67 | 0,00 | 0,32 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Cuiabá | 0,00 | 0,00 | 1,36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Goiânia | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,58 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Brasília | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,11 | 0,11 | 0,20 | 0,10 | 0,10 | 0,00 |

(*)Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 68. Proporção da mortalidade por acidentes de trabalho segundo faixas etárias. Brasil, 1991 a 2000

| Faixas Etárias | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <1 Ano | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1-4 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 5-9 | 0,23 | 1,74 | 0,15 | 0,71 | 0,79 | 0,39 | 0,67 | 0,27 | 0,05 | 0,16 |
| 10-14 | 0,92 | 2,24 | 0,64 | 1,16 | 1,05 | 1,03 | 0,97 | 1,01 | 0,66 | 0,78 |
| 15-19 | 6,26 | 7,85 | 6,53 | 6,16 | 7,04 | 6,68 | 6,52 | 4,99 | 6,34 | 4,84 |
| 20-29 | 29,76 | 26,47 | 26,56 | 28,04 | 27,32 | 27,02 | 27,43 | 27,28 | 27,61 | 24,75 |
| 30-39 | 27,31 | 25,05 | 28,49 | 26,47 | 26,22 | 27,75 | 27,01 | 28,97 | 26,23 | 27,75 |
| 40-49 | 18,65 | 18,19 | 20,23 | 19,11 | 20,06 | 20,69 | 21,41 | 20,59 | 21,52 | 24,47 |
| 50-59 | 10,23 | 10,13 | 10,88 | 10,98 | 10,45 | 10,54 | 10,18 | 10,39 | 11,30 | 9,77 |
| 60-69 | 4,65 | 4,69 | 4,60 | 4,38 | 4,24 | 4,07 | 4,42 | 4,30 | 4,04 | 5,25 |
| 70-79 | 0,97 | 1,88 | 0,94 | 1,56 | 1,79 | 1,20 | 0,80 | 1,42 | 1,53 | 0,74 |
| 80+ | 0,37 | 0,64 | 0,30 | 0,54 | 0,48 | 0,13 | 0,21 | 0,46 | 0,46 | 0,70 |
| Ign | 0,64 | 1,10 | 0,69 | 0,89 | 0,57 | 0,51 | 0,38 | 0,32 | 0,26 | 0,78 |
| Total | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

Tabela 69. Taxas* e proporções de mortalidade por acidentes de trabalho segundo ocupações. Brasil, 1991 a 2000

| Ocupações | 1991 | | 1992 | | 1993 | | 1994 | | 1995 | | 1996 | | 1997 | | 1998 | | 1999 | | 2000 | |
|----------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % |
| Condutor de veículo | 0,56 | 19,2 | 0,59 | 15,7 | 0,52 | 19,8 | 0,53 | 18,5 | 0,58 | 20,0 | 0,62 | 21,0 | 0,63 | 21,5 | 0,55 | 20,6 | 0,47 | 19,9 | 0,55 | 19,3 |
| Trab braçais sem especific | 0,4 | 13,8 | 0,33 | 9,0 | 0,32 | 12,2 | 0,36 | 12,5 | 0,35 | 11,9 | 0,34 | 11,6 | 0,36 | 12,2 | 0,33 | 12,2 | 0,27 | 11,4 | 0,29 | 10,3 |
| Trab agropec polivalente | 0,25 | 8,7 | 0,25 | 6,8 | 0,21 | 7,8 | 0,26 | 9,2 | 0,25 | 8,7 | 0,24 | 8,2 | 0,23 | 8,0 | 0,23 | 8,5 | 0,13 | 5,5 | 0,18 | 6,5 |
| Trab construção civil | 0,21 | 7,3 | 0,22 | 6,0 | 0,17 | 6,5 | 0,22 | 7,5 | 0,15 | 5,3 | 0,17 | 5,8 | 0,2 | 6,8 | 0,18 | 6,9 | 0,17 | 7,4 | 0,17 | 6,0 |
| Produtor agropecuária | 0,1 | 3,4 | 0,16 | 4,2 | 0,08 | 2,9 | 0,09 | 3,2 | 0,09 | 3,0 | 0,09 | 3,0 | 0,11 | 3,7 | 0,08 | 3,1 | 0,11 | 4,7 | 0,19 | 6,9 |
| Oper máquinas fixas | 0,08 | 2,8 | 0,08 | 2,3 | 0,09 | 3,3 | 0,07 | 2,5 | 0,08 | 2,8 | 0,06 | 2,0 | 0,07 | 2,5 | 0,08 | 3,0 | 0,05 | 2,3 | 0,06 | 2,1 |
| Trab mecânico | 0,07 | 2,3 | 0,1 | 2,6 | 0,06 | 2,4 | 0,08 | 2,8 | 0,07 | 2,4 | 0,08 | 2,7 | 0,07 | 2,4 | 0,06 | 2,4 | 0,06 | 2,4 | 0,05 | 1,9 |
| Trab prot/segurança | 0,06 | 2,2 | 0,07 | 1,9 | 0,05 | 1,7 | 0,06 | 2,1 | 0,05 | 1,8 | 0,05 | 1,8 | 0,08 | 2,7 | 0,06 | 2,3 | 0,05 | 2,3 | 0,05 | 1,9 |
| Aposentado/pension | 0,04 | 1,2 | 0,13 | 3,4 | 0,03 | 1,3 | 0,07 | 2,5 | 0,06 | 2,1 | 0,06 | 2,1 | 0,05 | 1,6 | 0,04 | 1,4 | 0,05 | 2,2 | 0,04 | 1,5 |
| Vendedor/comerciário | 0,05 | 1,8 | 0,09 | 2,3 | 0,05 | 1,7 | 0,04 | 1,3 | 0,06 | 1,9 | 0,05 | 1,8 | 0,06 | 1,9 | 0,04 | 1,5 | 0,05 | 2,1 | 0,05 | 1,6 |
| SubTotal | 1,83 | 62,7 | 2,03 | 54,3 | 1,57 | 59,6 | 1,78 | 62,0 | 1,74 | 60,0 | 1,76 | 59,9 | 1,86 | 63,3 | 1,65 | 61,9 | 1,42 | 60,2 | 1,64 | 58,1 |
| Demais Categorias | 0,65 | 22,2 | 1,03 | 27,5 | 0,58 | 22,1 | 0,68 | 23,5 | 0,74 | 25,4 | 0,76 | 26,1 | 0,71 | 24,1 | 0,65 | 24,4 | 0,58 | 24,7 | 0,65 | 23,2 |
| Informação Ignorada | 0,44 | 15,1 | 0,68 | 18,3 | 0,48 | 18,3 | 0,42 | 14,5 | 0,42 | 14,6 | 0,41 | 14,0 | 0,37 | 12,6 | 0,37 | 13,7 | 0,35 | 15,0 | 0,53 | 18,8 |
| Total | 2,92 | 100 | 3,74 | 100 | 2,63 | 100 | 2,88 | 100 | 2,9 | 100 | 2,93 | 100 | 2,94 | 100 | 2,66 | 100 | 2,35 | 100 | 2,83 | 100 |

(*)Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 70. Proporção de mortalidade por acidentes de trabalho segundo grupos de ocupações. Brasil, 1991 a 2000

| Grupos de Ocupações | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| GG0/1-Profiss cient/tecn/artist | 3,29 | 3,65 | 3,07 | 2,82 | 3,75 | 3,54 | 3,97 | 3,61 | 3,62 | 3,20 |
| GG2-Serv public/diretores | 1,02 | 0,84 | 0,77 | 0,70 | 1,19 | 1,25 | 0,88 | 0,91 | 0,55 | 0,82 |
| GG3-Trab serv administrativo | 3,78 | 5,07 | 4,23 | 4,13 | 4,90 | 4,52 | 4,10 | 4,09 | 3,29 | 3,52 |
| GG4-Trab comércio | 3,58 | 5,99 | 3,95 | 3,66 | 4,49 | 5,02 | 4,59 | 4,57 | 4,66 | 4,30 |
| GG5-Trab serviços | 4,60 | 6,45 | 4,77 | 4,04 | 3,94 | 4,30 | 4,50 | 4,48 | 4,55 | 4,30 |
| GG6-Trab agropec/pesca | 14,87 | 14,77 | 13,67 | 14,94 | 14,33 | 13,61 | 14,17 | 14,40 | 13,77 | 18,10 |
| GG7/8/9-Trab industrial | 63,10 | 52,46 | 63,28 | 61,01 | 58,88 | 59,83 | 60,64 | 61,58 | 61,60 | 58,78 |
| GG10-Sem classificação | 5,76 | 10,78 | 6,26 | 8,69 | 8,52 | 7,93 | 7,15 | 6,36 | 7,95 | 6,99 |
| Total | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

Edinilsa
Ramos
de Souza

Maria
Cecília
de Souza
Minayo

Juaci
Vitória
Malaquias

Violência no trânsito

expressão da
violência social

Introdução

Iniciativas de vários países do mundo, a partir do final do século XX, têm colocado o trânsito entre os problemas passíveis de intervenção por meio de práticas saudáveis. Por esse motivo, dentre outros, a Organização Mundial da Saúde colocou a Segurança nas Estradas como o mote das comemorações do Dia Mundial da Saúde em 2004. Em torno do trânsito, estão sendo desenvolvidas ações ligadas à prevenção de acidentes em vários países com o objetivo de chamar a atenção dos governos, da indústria e da sociedade civil para esse problema que ceifa tantas vidas e deixa milhões de pessoas incapacitadas. O escopo é melhorar a identificação, a assistência aos acidentados e a atuação necessária para redução de mortes e traumas no mundo.

Documentos da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004) destacam que no ano 2000 cerca de 1,2 milhões de pessoas morreram por acidentes de trânsito, sendo essa a décima causa de óbito e a nona a contribuir com a carga de doença em todo o mundo. Estima-se que o custo anual dos acidentes de trânsito é em torno de 1% do PIB de países em desenvolvimento e 2% do PIB dos países altamente motorizados. Do total das vítimas que sofreram lesões e traumas, de 20 a 50 milhões ficaram incapacitadas parcial ou totalmente. Cerca de 90% das mortes no trânsito se concentraram, em 2000, nos países com baixa e média rendas e, do conjunto dos acidentes, 11% ocorreram nas Américas. As vítimas de lesões e traumas ocuparam 10% dos leitos hospitalares no ano 2000. Na América Latina, o custo das mortes e das incapacitações por causas ligadas ao trânsito foi de 18,9 bilhões e, nos países altamente motorizados, seria de 453,3 bilhões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004).

A rápida urbanização e a concomitante motorização nos países em desenvolvimento contribuíram para o crescimento dos acidentes de trânsito e isso não foi seguido por engenharia apropriada de estradas e por programas de sensibilização, educação, prevenção de riscos e repressão das infrações. Diante da magnitude do problema, a atuação do setor tem sido incipiente e pouco eficaz. Conforme o documento da Organización Mundial de la Salud (2004), uma das razões para as poucas respostas dadas ao problema é que ele afeta mais pessoas pobres e vulneráveis que ricas e poderosas, e as primeiras não têm poder ou influência sobre as decisões políticas. Outra razão é a crença de que o acidente de trânsito diz respeito mais às agências de transporte do que às agências de saúde pública.

Os crimes de trânsito são quase sempre tratados como fatalidades quando, na maioria das vezes, são frutos de omissões estruturais quanto às condições das estradas e vias públicas, às condições dos veículos, à fiscalização, às imperícias, imprudências e negligências dos usuários – motoristas ou pedestres. Todos os estudiosos da violência no trânsito, no caso brasileiro, reconhecem que os crimes no sistema viário, na quase sua totalidade, não responsabilizam os transgressores e nem comovem a opinião pública, como é o caso de outros tipos de delinquência (ESTEVES et al., 2001).

Atualmente, a maioria das respostas dadas aos problemas do trânsito tem focalizado muito mais a mudança de comportamento do que se voltado para a construção de um

ambiente de tráfego seguro. Essa atitude é até compreensível, em parte, em países em desenvolvimento, sobretudo nas relações dos ricos e da classe média com os pobres, pois esses não têm veículos e nem dirigem e eles, como pedestres, constituem a maioria das vítimas. Mas, o problema do trânsito é muito mais complexo, como se constatará no decorrer desse texto.

Historicamente, o trânsito no Brasil passou a se constituir em sério problema social para a saúde pública na década de 60, época em que a industrialização do País acelerou. As profundas transformações socioeconômicas foram acompanhadas por intenso aumento populacional, pelas migrações do campo rumo às cidades e pela rápida e não planejada urbanização. No centro do modelo de desenvolvimento, três elementos foram responsáveis pela elevação das mortes no trânsito, que, desde então, passaram a ocupar o primeiro lugar no quadro das chamadas causas externas, cedendo sua primazia nos anos 80 para os homicídios: a instalação das montadoras de automóvel como ponta de lança do desenvolvimento industrial; a troca das estradas de ferro pelo modelo rodoviário de integração nacional; o aumento veloz do número de carros em todo o território, principalmente nos grandes centros urbanos e, sobretudo, a escassa regulação, controle, educação das relações sociais que se desenvolvem no trânsito. Desde então, o crime de trânsito tem sido um dos maiores vilões no conjunto das formas de delinquência que ocorrem no País. Junto com os homicídios, ele conforma o perfil dos preconceitos, prepotências, intolerâncias, descasos e negligências sociais no Brasil.

Na atualidade, os governos e a sociedade civil começam a se preocupar mais com o problema, consciência que vem expressa no Código de Trânsito Brasileiro (CTB). O CTB foi instituído em setembro de 1997, mas entrou em vigor em janeiro de 1998 (BRASIL, 2002). Apresenta-se como um código moderno e avançado e está provado que o seu impacto tem sido significativo e positivo (TAHA, 2001, 2001a; VIOLA, 2000; BRASIL, 2004). Dados da Polícia Federal revelam que houve uma queda de 12% nas mortes por acidentes de transporte de 2000 para 2001 e estudos do Ministério da Saúde também mostram uma forte inflexão na tendência de queda na mortalidade a partir de 1998 (BRASIL, 2004). Porém, a sua aplicação é ainda muito deficiente e tem sido objeto de muitas controvérsias técnicas e políticas. Por isso, após seis anos de vigência, os resultados que se poderiam esperar estão aquém das expectativas, mais por falta de consciência e empenho social do que por falhas dos seus dispositivos legais (SCARINGELA, 2001; SILVA, 1999; TAHA, 2001, 2001a).

Faltam investimentos em conhecimentos, em prioridades e em estratégias de convencimento que possam reduzir riscos e promover uma intercomunicação mais saudável. A sensibilização social é pouca e parece que, no Brasil, a pessoa morre menos no trânsito do que se morresse por aids, câncer ou por balas perdidas. É bem verdade que em algumas cidades já existem sinais de elevação da consciência e destinação de investimentos, mas elas são exceções à regra que serão mencionadas aqui como referências no campo da aplicação da lei, do controle e da mobilização popular.

É preciso lembrar que, tecnicamente, não existe uma relação direta entre número de carros e número de mortos e feridos no trânsito. A maioria dos países socialmente desenvolvidos, na atualidade, apesar de terem frotas muito elevadas, alguns numa relação de quase um carro por pessoa, tem taxas muito baixas de sinistros. Neles funciona uma equação já clássica e universal: exigência de segurança dos veículos nas

fábricas e nos processos de manutenção; conservação de estradas e vias públicas com extrema vigilância nas sinalizações e nos pontos críticos; rígida regulação, controle e repressão das infrações; e educação de motoristas e pedestres.

Enquanto em vários países socialmente desenvolvidos existem metas estabelecidas para diminuição dos sinistros, no Brasil, o trânsito continua uma tragédia: a cada ano uma média de 32 mil pessoas morrem e cerca de 350 mil sofrem traumas irreversíveis e incapacitantes em colisões de veículos e atropelamentos (MALAQUIAS et al., 2002). O número de óbitos em apenas um ano é mais elevado do que o provocado por guerras recentes e do que o total dos que morrem de aids ou se infectam pelo HIV. No entanto, a comoção social e as ações do próprio sistema de saúde para prevenir tais situações são tímidas. Talvez porque a aids, diferente da violência, se enquadre nos padrões biomédicos que são hegemônicos para o setor Saúde. Tornar os cuidados e a prevenção aos acidentes de trânsito comparáveis aos que são dedicados à aids (atuação que tem merecido até prêmios internacionais ao País) é um desafio a ser vencido pelos gestores públicos.

Portanto, considera-se importante tratar o tema dos acidentes de trânsito como parte de uma complexa interação de fenômenos sociais, psicológicos, físicos e tecnológicos e, principalmente, como um problema de cidadania. Propõe-se, neste livro, a incluí-lo como uma forma de violência e a chamar de crimes as infrações, desmistificando seu aspecto puramente não-intencional (que pode ocorrer ocasionalmente) e aleatório. Isso dota de responsabilidades recíprocas tanto os usuários motorizados e pedestres como os órgãos gestores, instituições e empresas ligadas ao setor.

No presente texto, serão discutidos os dados epidemiológicos do período de 1991 a 2000 e as informações e conhecimentos hoje acumulados sobre o tema no País.

1. Definição do problema

Tecnicamente “acidente de trânsito é todo evento com dano que envolva o veículo, a via, a pessoa humana ou animais e que, para caracterizar-se, tem a necessidade da presença de pelo menos dois desses fatores”.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), complexifica essa definição quando afirma que “acidente de trânsito é um evento não-intencional, mas evitável, causador de lesões físicas e emocionais”, relativizando o caráter aleatório do fato e chamando atenção para a prevenção.

Quando o Ministério da Saúde também assume como seu esse problema que concerne principalmente às áreas de transportes, de segurança dos cidadãos e da indústria automotiva, num documento oficial voltado para a prevenção e redução da violência, visa a enfatizar sua política de promoção da saúde que ressalta como enfoque: (a) a construção de uma sociedade saudável e com qualidade de vida; e (b) a ampliação de uma cidadania inclusiva, de respeito ao outro no espaço privado e no espaço público.

Colocando como tarefa sua promover a qualidade de vida e reduzir todas as formas de agressão no trânsito ou tratar as lesões e os traumas provocados por essas ocorrências,

o faz com um propósito muito especial. Sua tradição preventivista, multidisciplinar e intersetorial lhe confere uma sabedoria peculiar para liderar programas transversais e intersetoriais, oferecendo indicadores, promovendo vigilância e unindo os vários agentes da gestão local e da sociedade civil em torno da bandeira da qualidade de vida. Obviamente, suas estratégias de ação são distintas e devem ser específicas para os âmbitos federal, estaduais e municipais.

2. Dimensão e impacto dos acidentes de transporte

Antes de traçar o panorama epidemiológico da morbimortalidade por acidentes de transporte no Brasil, é importante chamar atenção para a incompletude e a precariedade das informações sobre o tema: em primeiro lugar, são várias as fontes de dados sobre o assunto – departamentos estaduais de trânsito, delegacias de polícia e serviços de saúde; as diversas instituições envolvidas com registros coletam, identificam, definem e classificam os eventos que ocorrem no trânsito de modos distintos e, assim, a falta de articulação sistêmica impossibilita a agregação e a comparação das informações (KFOURI et al., 2000; XIMENES et al., 2003; JORGE; KOIZUMI, 2001).

No setor Saúde, especificamente, os dados de mortalidade carecem de esclarecimentos relativos à causa básica do óbito, o que gera sub-registros; não se identifica adequadamente o tipo de acidente de trânsito – se foi por atropelamento, por colisão ou outro tipo de evento –, nem se caracteriza devidamente a vítima – se foi um pedestre, ocupante de veículo ou outro; do ponto de vista da morbidade não se registram, rotineiramente, os atendimentos ambulatoriais. Nesse último caso, as informações existentes advêm das notificações de internações hospitalares que, quando ocorrem, recobrem apenas as lesões graves e severas.

De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (tendo-se presente toda a precariedade das informações já citadas), os acidentes de transporte foram responsáveis por 308.256 mortes no período de 1991 a 2000. A Região Sudeste foi responsável por 46,2% dos óbitos, seguida pela Região Sul, responsável por 20,4% dessas fatalidades. Entre as grandes regiões do País, a Centro-Oeste e a Sul apresentaram as maiores taxas no período (26,3 e 23,9 por cem mil habitantes, respectivamente) e o Nordeste, a menor (13,9 por cem mil habitantes). As capitais concentraram 26,3% de todos os óbitos por essa causa na década de 90.

A taxa de mortalidade por acidentes de transporte no Brasil passou de 19,4 por cem mil habitantes, em 1991, para 17,5, em 2000. Sua tendência foi crescente até 1996 (22,6 por cem mil), mas de 1997 em diante vem caindo graças, sobretudo, a quedas nas regiões Sudeste e Sul, que, no entanto, ainda detinham as mais elevadas taxas no País em 2000 (26,3 e 23,9 por cem mil habitantes, respectivamente). O Nordeste apresenta a menor taxa (13,9 por cem mil). Essa mesma tendência de queda foi detectada por uma análise temporal realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde que destaca o declínio da mortalidade para ambos os sexos no período de 1980 a 2001. Exceção foi observada para as regiões Norte e Nordeste que apresentaram tendência decrescente de óbitos de mulheres, mas aumento de risco de morte para os homens (MS/SVS, 2004).

Apesar da tendência de queda provocada pela repercussão do CBT, lamentavelmente, a mortalidade por causas relacionadas ao trânsito no Brasil continuam em patamares elevados (gráfico 1), quando comparada, inclusive, com outros países da América Latina que conseguiram reduzir o peso desse problema com mais determinação.

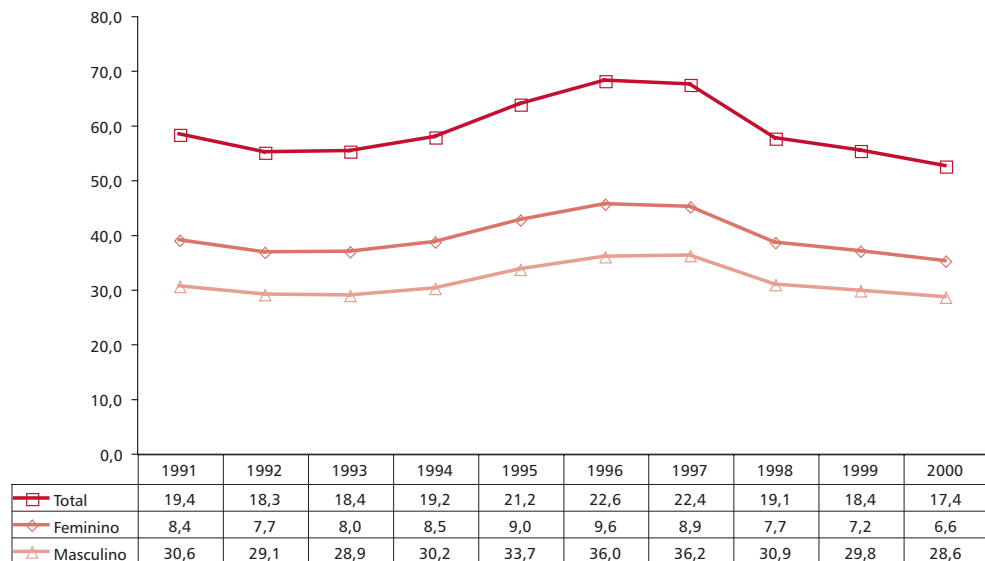
Os homens são, tradicionalmente, as principais vítimas dessas ocorrências (cerca de 80% dos óbitos), sobretudo a partir dos 20 anos de idade, quando as taxas mais que duplicam, dando um salto extraordinário em relação à faixa etária anterior (gráfico 2). São eles que determinam o padrão da curva de mortalidade por acidentes de transporte da população em geral. Entre as mulheres, o maior risco de morrer por essa causa é na sua condição de pedestre e na faixa dos 60 ou mais anos, quando as dificuldades de locomoção se acentuam. Em termos absolutos para o País, de 1991 a 2000, a sobremortalidade masculina foi, em média, de 3,7:1. Quando se consideram as taxas apenas para o ano 2000, observa-se um risco 4,3 vezes maior de mortes por essas causas entre os homens comparados às mulheres. Na Região Nordeste, o sexo masculino apresenta um risco 4,8 vezes maior que o sexo feminino.

As taxas de mortalidade masculina por acidentes de transporte no País passaram de 30,6 por cem mil habitantes homens, em 1991, para 28,6 em 2000 e apresentam queda da tendência ascendente desde 1998. Entre as regiões brasileiras, as taxas masculinas variaram, em 2000, de 23,3 no Nordeste a 42,7, no Centro-Oeste. No sexo feminino, essas taxas vêm decrescendo desde 1997, de forma agregada para o Brasil e em todas as grandes regiões. No País, elas passaram de 8,4 em 1991 para 6,6 em 2000. Considerando o ano inicial (1991) e o ano final do período investigado (2000), observa-se também um decréscimo na mortalidade de mulheres em termos proporcionais.

Chama atenção o fato da Região Centro-Oeste apresentar as mais elevadas taxas de mortalidade no trânsito em todas as faixas etárias, dividindo essa posição apenas com a Região Sul para o grupo de 40 aos 49 anos.

Gráfico 1

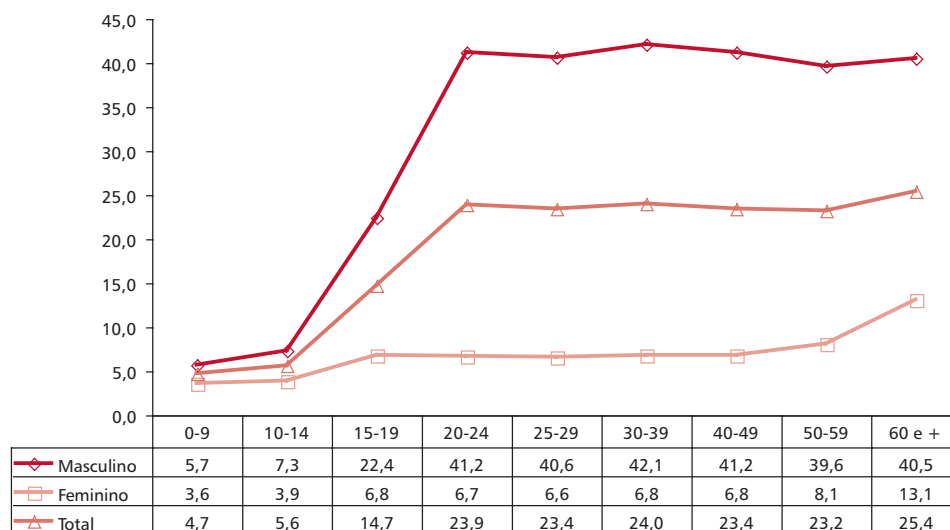
Taxas de mortalidade por acidentes de transporte segundo sexo. Brasil, 1991 a 2000



Fonte: SIM / Datasus

Gráfico 2

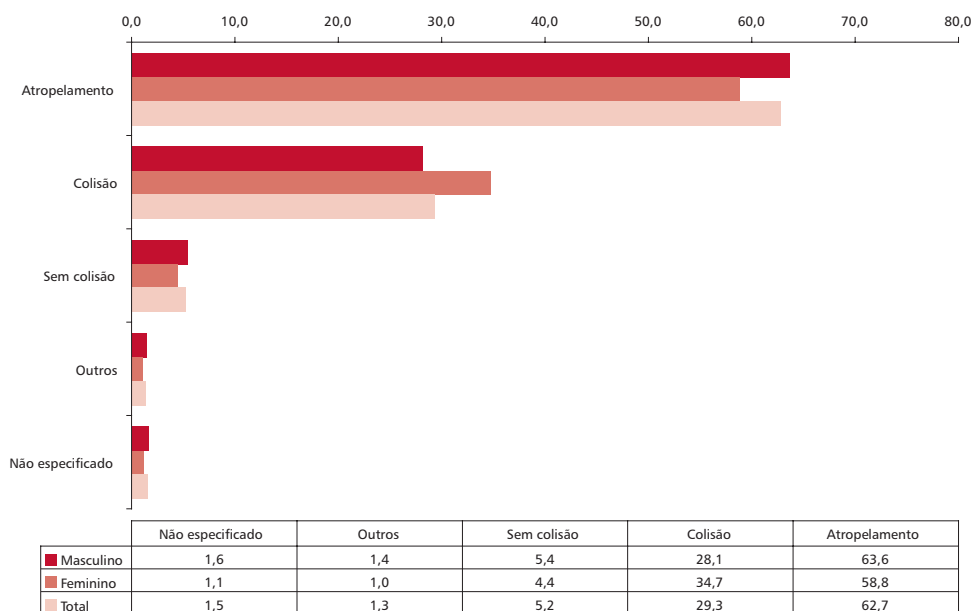
Taxas de mortalidade por acidentes de transporte segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2000



Fonte: SIM / Datasus

Gráfico 3

Distribuição proporcional dos acidentes de transporte por tipo. Brasil, 2000



Fonte: SIM / Datasus

Quando se analisam os acidentes de transporte por tipo (gráfico 3), observa-se que cerca de 62,7% das ocorrências que levaram a óbito foram atropelamentos e 29,3%, acidentes com colisão. O sexo masculino tem uma certa preponderância sobre o feminino também no que se refere ao atropelamento. As mulheres são vítimas, principalmente, de acidentes com colisão leve, seja como passageiras seja como motoristas.

Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, no período estudado, ocorreram as maiores taxas de atropelamento. Nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, as maiores taxas de mortalidade foram por colisões. Esse padrão se repete para ambos os sexos. No país e em todas as regiões, o pedestre é a principal vítima dos acidentes fatais (29,3%), seguido pelo ocupante de veículo (18,4%). O motociclista, hoje um personagem importantíssimo no País nas estatísticas de morte e morbidade, aparece em terceiro lugar com as mais elevadas taxas (em torno de 12 por cem mil) de óbitos nas regiões Norte e Nordeste. É importante frisar que não há informações especificadas para 37% das vítimas letais dos acidentes de moto.

A análise dos dados por capitais indica o crescimento das taxas de mortalidade por acidentes de transporte em sete delas, comparando-se o ano de 1991 ao de 2000: Porto Velho, Rio Branco, Boa Vista e Palmas na Região Norte; Salvador na Região Nordeste; e Cuiabá na Região Centro-Oeste. Algumas apresentam, também, as maiores taxas no ano de 2000: Boa Vista, 47,9/ por cem mil habitantes; Palmas, 45,9 por cem mil; Porto Velho, 37,9 por cem mil; Goiânia, 31,9 por cem mil. Salvador e Natal surgem como cidades com as menores taxas: 4,2 e 9,3 por cem mil habitantes. Nessas duas cidades, onde a qualidade das informações é precária, os dados devem estar subestimados.

Entre os homens, as taxas de mortalidade por acidentes de transporte cresceram em seis capitais: Porto Velho, Rio Branco, Boa Vista, Palmas, Teresina e Salvador. Entre as mulheres, o crescimento também ocorreu em seis delas: Porto Velho, Boa Vista, Palmas, Salvador, Cuiabá e Florianópolis. Esses dados colocam em destaque a situação da Região Norte como uma área muito problemática para acidentes de transporte, indicando a necessidade de muito investimento em todos os fatores responsáveis por essa calamidade social.

As informações provenientes do sistema de Autorizações para Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (AIH/SUS) indicam que, no ano de 2000, foram registradas 117.246 internações hospitalares por acidentes de transporte. Dessas, 40,2% foram devidas a atropelamentos, 36,2% a colisões e 23,6% a outros eventos não especificados. Isso representa 18,3% de todas as hospitalizações por causas externas no País. Em termos absolutos, os dados mostram uma relação de quatro internações para cada óbito. As capitais foram responsáveis por 50,5% dessas internações no ano 2000. Algumas delas, como Rio Branco, Boa Vista, Macapá, São Luís, Maceió e Aracaju, concentraram mais de 90% das internações por acidentes de transporte ocorridas em seus respectivos estados.

Tal como na mortalidade, os homens são os que mais sofrem acidentes não fatais, respondendo por 74,5% das internações por essa causa no ano 2000. No mesmo ano, adultos jovens de 20 a 29 e idosos com 60 ou mais anos foram os que mais necessitaram se internar por causa da violência no trânsito. O fator idade é muito relevante quando se pensa em prevenção, pois estudos demonstram características completamente diferenciadas em relação aos distintos grupos etários. A maioria dos acidentes de trânsito envolvendo jovens ocorre com a presença do uso de álcool, nos finais de semana e durante a madrugada, são colisões frontais por excesso de velocidade e por isso mesmo costumam ser fatais. Já os acidentes com pessoas idosas estão relacionados, principalmente, a menor capacidade de responder aos desafios das regras do trânsito por deficiências visuais, auditivas, de movimentos ou por causa de uso de medicamentos responsáveis pela diminuição de seus reflexos (YABIKU, 2001; TAHA, 1999). Os acidentes de que são vítimas ou autores ocorrem preferentemente no final da tarde de dias úteis e em situações de conversão lenta em cruzamentos. Por isso, provocam colisões laterais de menor gravidade, no caso de serem motoristas (ZHANG et al., 2000).

A tabela 1 foi construída com o objetivo de condensar um conjunto de indicadores básicos relativos ao trânsito. Como pode ser observado, nem sempre é nas capitais com maior índice de motorização onde se encontram as mais elevadas taxas de mortalidade ou de internação hospitalar por acidentes de transporte. Aqui, vale a pena destacar duas cidades com situação preocupante: Goiânia, com seus elevados indicadores de motorização, mortalidade e internação hospitalar, e São Luís, com a mais elevada taxa de internação entre todas as demais capitais, embora seus indicadores de motorização e de mortalidade não sejam dos mais altos.

Duarte et al. (2002), realizando um estudo exploratório sobre as desigualdades epidemiológicas no Brasil, corroboram as observações acima. Eles afirmam que o risco de óbito por acidentes de transporte não apresenta associação estatisticamente significativa e independente com o grau de urbanização dos estados brasileiros. A associação bruta, inicialmente significativa entre taxa de mortalidade por acidentes de trânsito e grau de urbanização, desaparece quando ajustada por taxa de pobreza, grau de alfabetização e crescimento populacional. Entre os achados, os autores concluem que estados com menores taxas de pobreza e menor nível de alfabetização tendem a apresentar maiores taxas de mortalidade por acidentes de trânsito. Além disso, estados com maiores taxas de crescimento populacional, no período de 1991 a 2000, tenderam também a apresentar maiores taxas de mortalidade por acidentes de trânsito. Portanto, é preciso qualificar a que fatores da urbanização os acidentes de transporte estão associados e quantificá-los.

Para os objetivos deste trabalho, foi realizada uma análise de correlação entre indicadores socioeconômicos e taxas de mortalidade e de internação por acidentes de transporte. Encontraram-se correlações significativas da taxa de mortalidade com o índice Gini, a razão de renda (20% mais ricos e 40% mais pobres) e com a proporção com razão de dependência maior que 75%.

Ainda em relação às internações hospitalares por acidentes de transporte no Brasil, os dados apontam para uma taxa média de permanência de 6,1 dias e para uma taxa de mortalidade hospitalar de 4,4. É clara a vulnerabilidade das pessoas mais idosas, tendo em vista que ambas taxas crescem com a idade e que esse padrão se repete para ambos sexos.

Boa Vista e Porto Velho são as capitais com maior tempo médio de permanência hospitalar por acidente de transporte, enquanto em Palmas e São Luís esse tempo está entre os menores em relação às demais capitais. Salvador, juntamente com Natal, João Pessoa e Curitiba, destaca-se por ter as maiores taxas de mortalidade hospitalar. Palmas, Belém e São Luís são as cidades onde esse problema é menor.

Curitiba se destaca por ser a capital onde o custo de internação por acidente de transporte é maior (R\$ 1.324,85), enquanto São Luís apresenta o menor custo (R\$ 160,78). O atendimento hospitalar às mulheres em Campo Grande também alcançou valor expressivo (R\$ 1.067,99) em 2000. Esses dados podem estar refletindo não só a diferente gravidade dos casos, mas também as diferenças tecnológicas empregadas nos atendimentos.

Tabela 1. Índice de motorização, taxa de mortalidade e taxa de internação hospitalar por acidentes de transporte nas capitais brasileiras, 2000.

| Capitais | Índice de Motorização ⁽¹⁾ | Taxa de Mortalidade ⁽²⁾ | Taxa de Internação ⁽³⁾ |
|----------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| | (veículos/cem hab.) | (p/cem mil hab.) | (p/mil hab.) |
| Rio Branco | 14,4 | 27,7 | 1,6 |
| Boa Vista | 18,0 | 47,9 | 0,6 |
| Macapá | 8,9 | 29,3 | 1,1 |
| Palmas | 16,3 | 45,9 | 0,0 |
| Porto Velho | 13,6 | 37,9 | 2,6 |
| Manaus | 12,0 | 19,1 | 0,7 |
| Belém | 10,6 | 13,1 | 0,3 |
| São Luís | 10,4 | 10,5 | 8,5 |
| Teresina | 13,9 | 21,1 | 1,1 |
| Fortaleza | 16,5 | 15,6 | 1,7 |
| Natal | 18,7 | 9,3 | 1,1 |
| João Pessoa | 16,7 | 20,6 | 2,3 |
| Recife | 18,6 | 17,3 | 0,3 |
| Maceió | 12,4 | 20,1 | 2,1 |
| Aracaju | 31,6 | 19,9 | 1,4 |
| Salvador | 13,3 | 4,2 | 0,9 |
| Vitória | 28,8 | 22,2 | 3,1 |
| Belo Horizonte | 29,5 | 17,7 | 2,2 |
| Rio de Janeiro | 22,3 | 15,6 | 2,2 |
| São Paulo | 36,4 | 8,2 | 0,7 |
| Florianópolis | 37,3 | 28,0 | 1,1 |
| Curitiba | 42,0 | 26,8 | 0,4 |
| Porto Alegre | 33,4 | 15,8 | 2,8 |
| Goiânia | 41,5 | 31,9 | 3,0 |
| Brasília | 29,3 | 25,5 | 1,0 |
| Campo Grande | 26,8 | 20,8 | 0,1 |
| Cuiabá | 23,2 | 26,1 | 1,6 |

Fonte: (1) Anuário estatístico de acidentes de trânsito – Denatran, 2000.

(2) SIM - Ministério da Saúde, 2000.

(3) AIH/SUS – Ministério da saúde, 2000.

3. Fatores determinantes e de risco para o trânsito violento¹:

O trânsito desordenado e desrespeitoso, historicamente, tem sido fruto dos seguintes fatores gerais:

- motoristas cujo comportamento é inapropriado e inconveniente;
- pedestres desatentos ou que desobedecem aos sinais;

¹ Algumas informações constantes nesta parte do trabalho estão baseadas em outro texto elaborado pelas mesmas duas autoras deste trabalho para o Ministério da Saúde, com o objetivo de publicação de um guia de orientação para a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito (BRASIL, 2001a).

- fiscalização omissa, deficiente, complacente e sem objetivos definidos;
- estradas e ruas inadequadas, esburacadas, mal projetadas, mal sinalizadas e mal iluminadas;
- veículos inseguros e sem condições de estarem se movimentando no tráfego.

As causas diretas mais comuns provenientes dos condutores são: desconhecimento da legislação específica, inabilitação e desobediência às normas. Os motoristas também são responsáveis quando dirigem em condições de fadiga, sono, visão e audição deficientes, uso de álcool e outras drogas (CAMMI, 1999), ou, ainda, muitos sinistros ocorrem por problemas psicológicos que podem afetá-los: preocupações, desatenção e quadros patológicos (SATO et al., 2001).

3.1. Fatores de riscos relacionados aos condutores e pedestres

Com o novo CTB, foi instituída a Resolução n.o 80/98 a partir da qual são exigidos exames de habilidade física e mental do condutor de veículos, já padronizados pelo Conselho Nacional de Trânsito (Contran). Problemas de saúde sistêmicos ou em órgãos específicos devem ser considerados na avaliação médica como indicativos de impedimentos temporários ou definitivos para a direção de veículos automotores (MATIELO et. al, 2001; ADURA, 2001). Vertigens, lipotimias, convulsões, dispnéia, dor precordial, uso de medicamentos e álcool passaram a ser cuidadosamente avaliados como limitantes ou impeditivos à habilitação.

Existem vários problemas de saúde que comprovadamente afetam, direta ou indiretamente, a ocorrência de acidentes e para os quais é preciso estar atento. A diabetes mellitus, a epilepsia e outras doenças convulsivas; distúrbios, deficiências e problemas oftálmicos e auditivos podem interferir tanto prejudicando a habilidade do motorista na condução do veículo, como tornando mais arriscado o comportamento do pedestre (KRUMHOLZ et al., 1999).

Condições mentais, nervosas, orgânicas e psíquicas que possam afetar o julgamento também são desqualificantes. Medicações requeridas por problemas mentais, bem como o uso continuado de drogas ou substâncias que alterem a consciência, como anfetaminas e narcóticos, são indicadores e motivo para a desqualificação da habilitação. Estresse, fadiga, sonolência e o uso de álcool são os principais fatores desencadeantes de acidentes e mortes. Atualmente, o uso de celulares concomitante ao ato de dirigir veio se somar a eles.

Pesquisas executadas em vários países, inclusive no Brasil, desde os anos 70, mostram que o estresse, em qualquer aspecto da vida humana, é fator predisponente ao acidente de trânsito: motoristas em situação de estresse ficam cinco vezes mais vulneráveis do que os que não estão (CÂMARA, 1999). A caracterização das situações de risco por estresse e fadiga, a partir de vários estudos secundários e de campo, mostra que:

- quanto mais tempo o motorista está exposto ao volante, maior a probabilidade de se envolver em acidente em função do estresse e da fadiga;
- os motoristas mais jovens que dirigem carros de passeio são mais suscetíveis a estresse do que os mais experientes;
- os motoristas sob efeito de irritação e frustração, em resposta a congestionamentos e atrasos, sofrem estresse que atinge sobretudo suas funções visuais e auditivas.

Todas as pesquisas nacionais e internacionais evidenciam que, se a tarefa de dirigir exige determinadas condições dos condutores, alguns grupos de profissionais, como os motoristas de táxi, de caminhão, de ônibus e de ambulância, são particularmente vulneráveis. Condições adversas nas relações de trabalho e condições de trabalho penosas são situações específicas que juntam vivências de sofrimento laboral próprias desses profissionais cujas atividades fazem parte do sistema de transporte.

A privação do sono quando é excessiva e persistente pode acarretar fadiga, diminuição do alerta e irritabilidade. Estudos feitos com motoristas de caminhão mostram que a maioria deles já cochilou ao volante. Essa proporção aumenta para 80% no caso dos que trabalham em turnos (MORENO; PASQUA; CRISTOFOLETTI, 2001).

Nos Estados Unidos, a Comissão Nacional de Pesquisa em Distúrbios do Sono estima que a fadiga contribua em aproximadamente 36% de todos os acidentes rodoviários fatais e que o total de prejuízos causados é de 29 a 38 bilhões de dólares. Informações do Departamento de Transporte daquele país indicam que, em cerca de 56 mil das colisões registradas por ano, a sonolência e a fadiga foram citadas como fatores associados em 40 mil casos. Destas, 40 mil redundaram em ferimentos não fatais e 1.550 mortes (SILVA, 2001).

A sonolência deve servir como sinal de alerta para o motorista fazer uma parada e descansar (O ATO..., 1999). Os hábitos de sono dos motoristas que reconhecem sentir sonolência costumam ser modificados com algumas estratégias, dentre as quais o uso de estimulante como cafeína. Apesar de auxiliarem na vigília, muitas dessas substâncias, porém, acabam afetando a saúde, tornando-se fatores de risco para doenças gastrintestinais e cardiovasculares. A cafeína quando usada em excesso provoca nervosismo, inquietação, insônia e tremores.

Quando os motoristas trabalham em turno, além do estresse, fadiga e da sonolência, costumam estar submetidos a outros riscos, como o das doenças cardiovasculares, altos níveis de colesterol e tendência à obesidade. Estudos mostram que esses motoristas de horários irregulares consomem mais café, mais cigarro e mais guaraná em pó que os dos horários regulares; e 85,2% deles consomem em média 50 comprimidos de estimulantes por mês. Muitos, quando indagados, narram o uso de anfetaminas sob a forma de remédio para emagrecer, adquiridos em farmácias. Embora a maioria julgue que o uso de estimulantes é essencial para evitar a sonolência, vários estudos têm mostrado que eles são também fatores de risco e estão associados às causas de acidentes rodoviários (SILVA, 2001).

São igualmente reconhecidos e relevantes fatores de risco: desordens do sono não tratadas ou não diagnosticadas, perda esporádica de sono, dirigir em horários inapropriados (CÂMARA, 1999). Um relatório do Comitê de Especialistas Americanos sobre os Efeitos de Fadiga e da Sonolência no Motorista revisou as pesquisas feitas, internacionalmente, até hoje sobre os acidentes causados por sonolência. O relatório final destaca o seguinte: quase sempre a sonolência está relacionada a um conflito entre a indisposição de dirigir e a necessidade de fazê-lo. Um dos resultados pode ser a diminuição progressiva da atenção sobre as tarefas imprescindíveis para se dirigir com segurança. Há suspeitas de que a sonolência esteja muito relacionada às categorias de fadiga e desatenção (LEGER, 1994).

As características mais comuns dos acidentes causados por sonolência são:

- geralmente ocorrem tarde da noite, havendo uma incidência pouco expressiva no meio da tarde;
- apresentam-se, quase sempre, como ocorrências graves, havendo uma combinação de alta velocidade com o tempo de resposta retardado;
- o contexto do sinistro mostra que, freqüentemente, um único veículo sai da estrada, havendo também uma incidência de batidas traseiras e dianteiras;
- geralmente os acidentes ocorrem em estradas de alta velocidade;
- pelo fato de ter sua capacidade de resposta retardada, o motorista não tenta evitar a colisão;
- na maioria das ocorrências, o motorista está sozinho no veículo.

Várias pesquisas mostram que o uso de certos remédios, como as benzodiazepinas ansiolíticas, hipnóticos de ação prolongada, anti-histamínicos sedativos, antidepressivos tricíclicos, aumentam o risco de acidentes por sonolência. Igualmente o consumo de álcool interage com a sonolência aumentando o sono e a debilitação. Vários estudos têm demonstrado que uma grande proporção de acidentes por sonolência está associada ao uso de álcool.

Os grupos de maior risco à sonolência são: os jovens e adultos com idade entre 18 e 39 anos; as pessoas que trabalham em turnos e por isso têm mudanças bruscas nos períodos e na fragmentação do sono; os que sofrem a síndrome da apnéia do sono e a narcolepsia (essas últimas atingem, com maior freqüência, homens de meia idade e mais velhos, obesos e com histórico de roncos altos).

A bebida alcoólica no Brasil é a substância psicoativa mais usada e seu consumo é considerado fator de alto risco para acidentes, porque ele prejudica o tempo de reação dos indivíduos (LIMA; GARCIA, 2001). Num estudo para avaliar alcoolemia, o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas (Cebrid) realizou exames em 865 vítimas de acidentes com veículos em quatro capitais brasileiras. Em 61% dos casos, foi detectada a presença de álcool no sangue e, em 27% das amostras, a quantidade excedia o limite permitido pelo Código Nacional de Trânsito Brasileiro (MORENO; PASQUA; CRISTOFOLETTI, 2001).

Estudos de Andrade (1998) e de Bastos (2002) destacam as características e os comportamentos de risco de vítimas de acidentes de trânsito em Londrina, no Paraná. Bastos, que analisou dados de 1997 a 2000 dos atendimentos realizados pelo serviço pré-hospitalar, identificou que de 15 a 22% dos pedestres, de 20 a 29% dos ciclistas, de 10 a 20% dos motociclistas e de 12 a 19% dos ocupantes de carro/caminhonete apresentavam hálito etílico. Quanto aos motoristas estudados, 55,5% dos que trabalhavam em horários irregulares e 81,2% dos que tinham horários fixos consumiam cerveja. Os primeiros bebiam cerca de 241,5 ml por dia, e os segundos, 214 ml.

Vários estudos mostram ainda que para o mesmo impacto físico de uma colisão, mantidas todas as outras variáveis, quanto mais o indivíduo tiver bebido, maior sua chance de morrer, porque a mesma batida traumatiza mais a pessoa alcoolizada. O consumo de álcool tem várias conseqüências: 1) reduz a percepção da velocidade e dos obstáculos, como, por exemplo, os reflexos e a habilidade de controlar o veículo numa curva; 2) limita a visão periférica e suas alterações começam antes do motorista entrar no

carro; e 3) diminui as barreiras morais, fazendo o condutor perder a autocrítica e negligenciar riscos. Quando a taxa de alcoolemia (teor de álcool no sangue) atinge 0,8%, aumenta o tempo de reação ótica, auditiva e motriz e a descoordenação se manifesta. Na verdade, a partir de 0,5%, o risco de acidente mortal já se multiplica por 2,5. Muitos pensam que o limite permitido, de 0,5% na maioria dos países e de 0,6% no Brasil, não traz qualquer problema. Mas, sabe-se que a mesma quantidade ingerida pode ter efeitos diferentes em dias diferentes. Isso depende de vários fatores, dentre eles, as condições físicas, fisiológicas, emocionais e socioculturais dos motoristas.

É importante ressaltar que, no Brasil, o programa de saúde mental do Ministério da Saúde já adota o conceito de redução de danos, aplicando-o aos usuários de bebidas alcoólicas nas circunstâncias do trânsito e frente a outras associações, dentre as quais, com as várias formas de violência.

O uso de celular por pessoas que estão dirigindo é considerado hoje um sério fator de risco para eles, para os passageiros e para os outros. Quando o motorista, em situação de trânsito pesado, fala ao celular e dirige, a quantidade de atividade cerebral dedicada a cada tarefa realizada ao mesmo tempo sofre um decréscimo. Estudos sobre o cérebro das pessoas que utilizam um simulador de direção veicular, enquanto algumas outras estão conversando, mostram como, na área do córtex responsável pela visão, existe menos atividade cerebral no caso de ter que acompanhar duas atividades ao mesmo tempo (BLAKESLEE, 2001). Portanto, em nome da segurança e da proteção dos motoristas e de todas as pessoas que estão envolvidas no trânsito, é fundamental coibir o uso de celulares por quem dirige.

No que concerne à responsabilidade dos indivíduos nas mortes e lesões, é importante ressaltar que a negligência na direção veicular por motoristas e em relação aos sinais por pedestres não pode ser interpretada apenas como acidental quando está associada a des-caso, desobediência a regras, consumo de bebidas alcoólicas e outros fatores de risco.

3.2. Fatores de risco relacionados aos carros e às motos

Os maiores fatores de risco relacionados aos carros é a sua falta de segurança, seja no seu desenho e dispositivos que apresenta quando no ou a seu tempo de uso e falta de conservação. A frota brasileira está constituída por veículos velhos que têm, em média, 12 anos. Isso significa seu desgaste, em parte pela falta de manutenção e conservação adequadas, mas também, em parte, pelas precárias condições das vias e estradas.

Mas além dos veículos tradicionais, surgiu um personagem novo no trânsito brasileiro e sua forma de uso tem aumentado os riscos, sobretudo no perímetro urbano: a motocicleta. Estudos têm mostrado maior vulnerabilidade dos motociclistas e maior gravidade dos acidentes em que se envolvem no caótico trânsito das grandes cidades brasileiras (Mello Jorge & Koizumi, 2001a; Seraphim, 2001). Seu potencial de mortalidade, medido com dados brasileiros, é 10 vezes maior do que o dos automóveis. Essa elevada periculosidade, contudo, não encontra paralelo na literatura internacional que, ao contrário, menciona 3 a 4 vezes mais acidentes com carros de passeio em relação à moto.

A moto precisa ser vista, dentro do contexto brasileiro, como instrumento de trabalho, pois multiplica-se o emprego de motoboy nos contextos urbanos e como expressão de

liberdade, sobretudo, entre os jovens. Como instrumento de trabalho, os motoboys atendem às necessidades de rapidez e agilidade na entrega de produtos e solução de negócios associadas à economia de espaço e de custo que possibilitam. Assim, sua presença e tendência de crescimento parecem irreversíveis no curto e médio prazo. Em São Paulo, por exemplo, a frota cresceu de 2% em 1982 para 6% nos anos 90 e atualmente está em 7%. Mas, de 1992 a 1997, a frequência de acidentes com esses veículos passou de 4% para 19%, enquanto diminuíram os eventos envolvendo carros de passeio e caminhões.

Estudos realizados em São Paulo mostram que as principais vítimas dos acidentes de motocicleta são os adultos de 20 a 30 anos, do sexo masculino, que estavam trabalhando. Cerca de 5% não usavam capacete. Entre os sobreviventes, os membros inferiores foram as partes do corpo mais afetadas por lesões. Enquanto entre os mortos, os ferimentos se concentraram mais na cabeça. Os dados apontam que 31% dos acidentes de trânsito atendidos no Hospital das Clínicas de São Paulo foram devidos a acidentes com motos (Mello Jorge & Koizumi, 2001a; Seraphim, 2001).

O conhecimento acumulado destaca que a prevenção de acidente de moto no tráfego das grandes cidades deve considerar o **fator humano**, a partir do treinamento dos usuários, do controle da velocidade e do serpentear entre os carros. O **fator veicular**, através do cuidado na construção e manutenção das motos. O **fator via**, com a implantação de faixas seletivas, utilização de equipamentos de proteção como luvas, macacão e botas meio-cano de couro e acolchoados; capacete com proteção facial e colete com proteção para tórax.

3.3. Vias mal projetadas, mal conservadas e mal sinalizadas como fatores de risco

No Brasil, são conhecidas as estradas e rodovias mal projetadas, mal conservadas e mal sinalizadas. Em alguns casos, elas são verdadeiros caminhos para a morte. Outros perigos se apresentam nas ruas das cidades, onde pontos críticos evidenciam riscos recorrentes. Nos perímetros urbanos, muitas vezes as ações requeridas para sanar os problemas são de fácil solução, como é o caso de alargamento de esquinas e calçadas para a circulação de pedestres, melhoria nas sinalizações ou na engenharia de trânsito.

Os problemas principais causados pela qualidade das rodovias costumam ser os conflitos em travessias urbanas, ocupação irregular do espaço, falta de proteção lateral, intercessões mal projetadas, falta de iluminação, obstruções ou aclives junto às pistas e obras com sinalização inadequada e com falta de proteção para os transeuntes, como a inexistência de passarelas ou sua construção em lugares inadequados. Análise de acidentes fatais realizada em São Paulo e várias cidades desse estado indicou que apenas 10% dos cruzamentos eram semaforizados. Quase metade dos acidentes ocorreu em vias de pista dupla, ou seja, em grandes avenidas. Nas pistas de mão única ocorreram apenas 14% dos atropelamentos e 12% dos acidentes com vítimas. De cada sete acidentes fatais, apenas um aconteceu em cruzamento (MALVESTIO; SOUSA, 2001).

Tanto no caso de carros não revisados ou impróprios para transitar como na insegurança das estradas, a irresponsabilidade de quem se aventura num veículo com problemas e as negligências das autoridades em relação às condições das vias são fatores que tornam os riscos maiores e, freqüentemente, passando a idéia de fatalidade das ocorrências.

4. Fatores protetores da direção: cinto de segurança, capacete e airbag

De acordo com a Associação Brasileira de Acidentes e Medicina de Tráfego, existem boas razões para o uso do cinto de segurança (Revista da Abramet, 1998), dentre as quais:

- deixa o usuário preso a seu lugar. Se for o motorista, ajuda-o a controlar o carro;
- mesmo numa colisão leve de baixa velocidade, alguém que não esteja usando o cinto de segurança bate no interior do veículo com uma força muitas vezes maior do que seu corpo;
- Algumas informações constantes nesta parte do trabalho estão baseadas em outro texto elaborado pelas mesmas duas autoras deste trabalho para o Ministério da Saúde, com o objetivo de publicação de um guia de orientação para a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito (Ministério da Saúde, 2001a).
- os ferimentos graves ocorridos com passageiros de veículos motorizados, freqüentemente, são causados por pessoas arremessadas umas contra as outras durante uma colisão;
- numa colisão, o não uso do cinto pode lançar o passageiro pelo pára-brisa ou pela porta, contra árvores, pedras, postes; ou ainda ele pode ser atropelado pelo seu próprio carro ou de outros;
- os airbags não substituem o cinto de segurança. Esses dispositivos, quando ativados, reduzem o movimento frontal da parte superior do corpo e minimizam o impacto. Mas, eles são desenhados, sobretudo, para oferecer proteção contra colisão frontal;
- se acontecer um incêndio ou imersão do carro numa colisão, quem usa cinto poderá estar mais alerta para se desvencilhar.

No caso de uma criança pequena estar num veículo em movimento, é preciso assegurar que durante o trajeto ele esteja presa à sua cadeirinha, pois é de domínio público o conhecimento de que ninguém consegue segurar um bebê numa colisão. Igualmente, não há razão para que uma mulher grávida não use o cinto de segurança. É errônea a crença de que o cinto prejudica o bebê na sua barriga. Pelo contrário, ele estará mais protegido com o uso do cinto de três pontas pela futura mamãe (FARIA, 1999; FONSECA; PAES, 2000; GRAVIDEZ..., 1998; UNIVERSIDADE DE SARAGOZA, 2001).

Se em relação ao cinto de segurança e à manutenção de bebês atados em seus respectivos carrinhos não há dúvidas, o mesmo não ocorre em relação ao airbag para a segurança de crianças. Em diversos países, foi detectada associação desse dispositivo com várias mortes de meninos e meninas de pequeno tamanho que, em colisões, foram sufocados pelo impacto do equipamento contra seus rostos e corpos. Hoje, há vários aperfeiçoamentos do produto visando à proteção dos usuários. A lei federal americana, por exemplo, obriga que todo veículo de passageiro seja equipado com airbag. Com mais de 80 milhões de carros com airbag instalados, a mortalidade de criança baixou para 9 no ano 2000, tendo havido 30 mortes em 1998 e 26 em 1996. O declínio foi atribuído às modificações realizadas pela indústria automobilística, reduzindo a força necessária para o acionamento do airbag e melhorando a distribuição das forças quando do enchimento do dispositivo. A segurança dos veículos, tão importante para um trânsito seguro, é fruto principalmente das exigências da sociedade civil movida pela consciência social e por campanha de educação pública sobre seus benefícios e riscos (FONSECA; PAES, 2000; FARIA, 1999).

No caso brasileiro, o airbag ainda se constitui num complemento de carros de luxo, sendo fator de encarecimento e apresentado como status do dono do veículo. Portanto, faz parte do avanço da consciência de segurança no trânsito a exigência de universalização do equipamento. Especialistas mostram que, também, a maior adesão ao cinto de segurança ocorreu com a aplicação de leis rigorosas, criando uma mudança cultural responsável por uma grande diminuição do número de mortes.

Uma pesquisa feita nos Estados Unidos sobre o uso de cinto de segurança (PICKLER, 2001) forneceu informações que podem ser universalizadas. A investigação contemplou 175 mil motoristas e 50 mil passageiros em 2000 pontos do país. Cerca de 73% da população aderiram ao cinto. Essa adesão, aliada a um maior uso de airbags, fez que o número de crianças mortas no trânsito caísse de 25 em 1996 para 6 em 2000. O número de carros com airbags já devidamente corrigido subiu de 22 para 80 milhões. Constatou-se que o cinto de segurança pode diminuir de 40 a 50% das mortes; e 45 a 55% das lesões mais graves. No caso da motocicleta, o equipamento protetor mais importante é o capacete, que reduz de 54 a 37% das lesões de cabeça e face.

Quase não existem estudos no Brasil sobre o uso de capacete por motociclistas, mas se sabe que a presença dos mesmos nos casos de acidentes de trânsito previne os traumatismos cranianos, evitam a mortalidade e as seqüelas graves. É ainda comum no País, motocicletas circularem sem equipamentos devidos, impunemente, colocando em risco sua própria vida.

5. Por um sistema viário solidário e promotor da cidadania

Trabalhar para diminuir a violência no trânsito com certeza é uma meta complexa que deve incluir ações intersetoriais e interdisciplinares (MONTAL, 2001). Ter um trânsito civilizado não é fácil. Dentre os vários motivos que tornam essa tarefa difícil, destaca-se a ambigüidade com que o veículo é tratado no País e no mundo. Dentre os símbolos sociais mais importantes do mundo ocidental contemporâneo, a posse e a representação simbólica de um veículo a motor se vincula à vida moderna, confortável, à velocidade, ao status e ao poder. Associada ao veículo, a mídia passa a imagem de domínio, prestígio, conquista, sucesso, liberdade e prazer, erotismo, deleite e felicidade. Torna-se difícil, pois, chamar a sociedade ao cumprimento da lei e convocá-la à solidariedade e à convivência pacífica no trânsito perante apelos tão poderosos e tentadores que atentam, sobretudo, contra a prudência, o cuidado e a parcimônia.

Para que o trânsito, na sua função, dentre outras, de transportar pessoas e mercadorias, seja encarado de forma positiva a evitar lesões, incapacidades e mortes, é indispensável que as partes nele envolvidas tenham o objetivo comum de reduzir drasticamente esses eventos evitáveis. Para isso, é preciso a união de usuários, governos, indústrias, ONGs, responsáveis pela construção das vias públicas, sociedade civil e, de maneira especial, o sistema de saúde.

A meta aspirada pelo Parlamento Sueco, por exemplo, de reduzir ao marco zero o número de lesões, traumas e mortes, é de difícil alcance no Brasil, visto que os fatores de segurança no trânsito dependem essencialmente de: 1) eliminação de erros humanos e de falhas nas vias; 2) controle de risco dos veículos; 3) qualidade dos serviços hospita-

lares; 4) fiscalização e rigorosa punição pelo descumprimento das normas legais, fatores esses que ainda se encontram bastante distanciados do nível satisfatório no país (TINGVALL, 2000). Mas, é possível e viável pactuar um compromisso ético e político com a redução da violência no trânsito. Ao contrário da violência dos homicídios, os fatores que promovem um trânsito seguro estão descritos no CTB e são mapeados universalmente.

Aos usuários, motoristas e pedestres, principais modeladores da política de trânsito, incumbe o papel de zelar pela observância das leis. A eles cabe definir o comportamento preventivo, por meio da conscientização das suas próprias limitações e do respeito em relação aos outros. Porém, as autoridades públicas são responsáveis por reforçar os instrumentos de conscientização individual e coletiva por meios educativos e coercitivos que induzam à obediência às leis e à sociabilidade.

É imprescindível que os projetistas e operadores do sistema viário tenham como foco de suas ações o ser humano na construção, operação e manutenção das vias públicas. É importante garantir sua ética com a segurança no trânsito pela observância de decisões cientificamente respaldadas, de modo que nenhuma vantagem econômica se sobreponha a ela.

A gestão eficiente, firme, clara e persistente das autoridades na elaboração, divulgação e garantia do cumprimento das leis, especialmente o Código de Trânsito Brasileiro, é fundamental. Esclarecer, educar e punir os infratores faz parte de um conjunto de medidas persuasivas e dissuasivas que podem promover a paz nas estradas. Coibir a direção de veículos por pessoas alcoolizadas, fiscalizar o uso do cinto de segurança, punir os excessos de velocidade e de manobras perigosas e arriscadas, manter severo controle na cobrança de multas e na utilização do bafômetro, desestimular a sensação de impunidade que favorece o desrespeito às normas são algumas atitudes importantíssimas a favor da vida, de acordo com o lema do Ministério da Saúde. Não se pode esquecer que o trânsito é feito por e para pessoas.

Associações e entidades de classe igualmente desempenham importante papel, cabendo-lhes sensibilizar e esclarecer as respectivas categorias profissionais – caminhoneiros, motoristas de ônibus municipais, intermunicipais e interestaduais, taxistas, motociclistas e motoboys – por meio do apoio e incentivo de práticas seguras e de hábitos saudáveis na condução de passageiros e mercadorias. A elas cabe também, junto com as autoridades, a promoção de campanhas educativas, visando à segurança e ao respeito mútuo entre condutores e pedestres e ao convívio solidário entre motoristas de diferentes tipos de veículos e desses com os pedestres. O esclarecimento sobre normas de segurança e medicina do trabalho, notadamente as relativas à carga horária, turnos, intervalos para descanso e alimentação, manutenção dos veículos, constitui uma iniciativa essencial.

Além da contribuição específica de cada um dos atores envolvidos no trânsito, é muito importante que os órgãos de financiamento de pesquisa incentivem estudos sobre grupos peculiares de trabalhadores do sistema de transporte e de suas vulnerabilidades no trânsito e que autoridades públicas promovam estratégias de respeito aos direitos adquiridos pelos idosos e portadores de deficiências, propiciando-lhes melhor acesso e conforto nos veículos e nas travessias dos sinais (MAGALHÃES, 1998).

A mídia tem um papel crucial na promoção do trânsito saudável. Por seu papel específico, ela amplia a função educativa e pode se envolver em planos de ação destacando o lado preventivo do Código Nacional de Trânsito. Junto com as outras instâncias, ela possibilita a universalização de informações, podendo, ao contrário do seu papel tradicionalmente exercido nas propagandas de velocidade e poder associado aos carros, desmitificar falsos valores e contribuir para prevenir a violência, as mortes, os ferimentos e as incapacitações perfeitamente evitáveis.

O sistema de saúde, além de atuar intersetorialmente com os agentes da segurança viária, os gestores e profissionais, tem o papel de orientar as condições gerais em que os motoristas devem conduzir. É importante que apresente e torne conhecidos os fatores de risco, como os perigos da direção em alta velocidade sob efeitos de bebidas alcoólicas e de outras drogas. É seu dever orientar os pais sobre as melhores condições de conduzir crianças nos veículos; alertar portadores de algum problema de saúde que constitui risco para a direção de veículos; manter um sistema de indicadores de proteção à disposição de todos os atores responsáveis pelo sistema viário e estabelecer sistemas de vigilância dentro de uma ação interfatorial, intersetorial e interprofissional (WALDMAN; JORGE, 1999).

É preciso que, nas cidades maiores em que o trânsito é intenso, o setor Saúde mantenha serviços eficientes de atenção pré-hospitalar, com uma logística eficaz para evitar incapacitações e mortes; serviços de emergência competentes e equipados tecnologicamente e serviços de reabilitação para as pessoas vitimadas. Uma estratégia específica nesse sentido vem sendo seguida a partir da oficialização da Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria GM n.o 1.863, de 29 de setembro de 2003. Nela, o Ministério da Saúde vem financiando e estruturando uma rede de atenção pré-hospitalar no País por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

Algumas experiências exitosas demonstram que é possível agir e ter bons resultados. Na Cidade de São Paulo, desde de 1988, o poder público vem, continuamente, investindo na redução do número de acidentes, graças a uma política de prevenção e repressão às infrações. Em Brasília, desde 1995, instituiu-se o projeto Paz no Trânsito, que vem articulando ações dos mais diferentes setores públicos, privados, da mídia, da sociedade civil (RUAVIVA - INSTITUTO DA MOBILIDADE SUSTENTÁVEL, 2002), conseguindo lograr muito mais respeito dos motoristas em relação aos pedestres e diminuir as taxas de mortes e lesões.

Em síntese, em qualquer proposta de prevenção, é preciso atuar nos três pedestais do sistema viário: os usuários, as vias e os veículos, visando a garantir que cada um deles se adeque às condições estruturais do ambiente e às dinâmicas relacionais. Garantir um trânsito livre de violência implica que amplos setores da sociedade se envolvam e que os seus usuários ajam com respeito e sem prepotência. Da parte dos órgãos responsáveis, se espera que não se omitam quanto à conservação e manutenção das vias. Do ponto de vista da indústria automobilística, é preciso que o consumidor lhes exija respeito às condições de segurança universais para o condutor (WAKSMAN, 1999).

Um trânsito sem violência é a expressão de conquista da cidadania. Por isso, cada setor envolvido nessa complexa questão necessita assumir a responsabilidade que lhe cabe.

Referências Bibliográficas

ADURA, F. E. O aspecto multidisciplinar do exame de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 39, p. 8-11, 2001.

ANDRADE, S. M. *Acidentes de transporte terrestre em Londrina, Paraná: análise das vítimas, dos acidentes e das fontes de informação*. Tese (Doutorado)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BASTOS, Y. G. L. *Características e comportamentos de risco de vítimas de acidentes de trânsito em Londrina-PR, 1997 a 2000*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2002.

BLAKESLEE, S. Uso do celular no veículo deixa o cérebro em curto. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 38, p. 10, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 96, Seção 1E, 18 maio, 2001.

— — —. Ministério da Saúde. *Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito: mobilizando a sociedade e promovendo a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Mimeografado.

— — —. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Análise de série temporal da mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios no Brasil e regiões, 1981-2001*. Brasília: Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica, Departamento de Análise da Situação de Saúde, 2004. Mimeografado.

— — —. Ministério da Justiça. Lei n.º 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em: <<http://www.denatran.gov.br>>. Acesso em: 8 out. 2002.

CÂMARA, P. O risco de acidentes entre motoristas profissionais em função de estresse e fadiga. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 30, p. 31-35, 1999.

CAMMI, C. T. Conceito médico-legal de capacidade ou aptidão psicofísica de tráfego. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 31, p. 10-36, 1999.

CULTURA e segurança. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 38, p. 48, 2001.

DUARTE, E. C. et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

ESTEVES, R. et al. Por uma cultura do trânsito. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 36, p. 25-35, 2001.

FARIA, E. O. Propostas para minimizar os riscos de acidentes de trânsito envolvendo crianças e adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 95-107, 1999.

FONSECA, A. S. M.; PAES, M. I. A. Traumatismos de crianças no tráfego: epidemiologia e prevenção. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 35, p. 8-30, 2000.

GRAVIDEZ e segurança. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 27, p. 28-29, 1998.

JORGE, M. H. P. MELLO; KOIZUMI, M. S. Acidentes de trânsito no Brasil: breve análise de suas fontes de dados. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 38, p. 49-57, 2001.

———. Acidentes de moto no final do segundo milênio: estudo dos pacientes internados no município de São Paulo. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 36, p. 53-62, 2001a.

KFOURI, E. V. et al. A qualidade das informações sobre vítimas fatais em acidentes de trânsito. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 33/34, p. 38-42, 2000.

KRUMHOLZ, A. et al. Direção e epilepsia: uma revisão e reavaliação. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 31, p. 37-44, 1999.

LEGER, D. The cost of sleep-related accidents: a report for National Commission on Sleep Disorders Research. *Sleep*, [S.l.], v. 17, p. 84-93, 1994.

LIMA, D. D. L.; GARCIA, A. A. A ingestão de álcool e o ato de dirigir: medição e consequências. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 37, p. 44-47, 2001.

MAGALHÃES, G. O portador de deficiência nos transportes. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 27, p. 47-51, 1998.

MALAQUIAS, J. V. et al. Mortalidade por acidentes de transportes no Brasil, 1999. *Boletim CLAVES/CENEPI*, [S.l.], v. 5, 2002. Disponível em: <<http://www.claves.fiocruz.br>>.

MALVESTIO, M. A.; SOUSA, R. M. C. Acidentes de trânsito em vias expressas na cidade de São Paulo: caracterização das vítimas. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 38, p. 36-42, 2001.

MATIELO, F. et al. Atenção: estrabismo x direção veicular. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 39, p. 14-19, 2001.

MONTAL, J. H. C. Acidentes de trânsito no Brasil. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 39, p. 48-49, 2001.

MORENO, C. R. C.; PASQUA, I.; CRISTOFOLETTI, M. F. Turnos irregulares de trabalho e sua influência nos hábitos alimentares e de sono: o caso dos motoristas de caminhão. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 36, p. 17-24, 2001.

O ATO de dirigir com sonolência e os acidentes automobilísticos. *Revista da ABRAMET*, v. 30, p. 6-24, 1999.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen*. Ginebra, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 15 maio 2004.

PICKLER, N. Cinto de segurança. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 38, p. 11-12, 2001.

RUAVIVA - INSTITUTO DA MOBILIDADE SUSTENTÁVEL. *Paz no trânsito: uma revolução de atitudes em Brasília*. Disponível em: <<http://www.ruaviva.org.br>>. Acesso em: 25 out. 2002.

SÃO muito boas as razões para usar cinto de segurança. *Revista da ABRAMET*, v. 27, p. 15, 1998.

SATO, M. T. et al. Discromatopsias congênitas (Daltonismo) e direção veicular. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 36, p. 37-43, 2001.

SCARINGELA, R. S. O Código de Trânsito Brasileiro. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 39, p. 6-7, 2001. Entrevista.

SERAPHIM, L. A. Motociclistas no trânsito. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 39, p. 22-31, 2001.

SILVA, A. B. Os distúrbios do sono. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 39, p. 20-21, 2001.

SILVA, C. V. S. A importância do Código de Trânsito Brasileiro. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 32, p. 73-74, 1999.

TAHA, I. Medicamentos e acidentes de trânsito. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 30, p. 52-53, 1999.

———. Análise de acidentes de trânsito: antes e após a implantação do novo CTB, em regiões do Estado de São Paulo. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 37, p. 8-25, 2001.

———. Medicina de Tráfego. *Revista da ABRAMET*, v. 37, p. 6-7, 2001a. Entrevista.

TINGVALL, C. Visão zero, uma nova visão: sistema livre de danos graves à saúde. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 35, p. 32-39, 2000.

UNIVERSIDADE DE SARAGOZA. Cinto de segurança e gravidez. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 39, p. 38, 2001.

VIOLA, A. R. O impacto do novo Código Brasileiro na mortalidade por acidentes de trânsito. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 33/34, p. 25-37, 2000.

WAKSMAN, R. Segurança do pedestre na infância e adolescência. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 32, p. 27-29, 1999.

WALDMAN, E. A.; JORGE, M. H. P. MELLO. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], 4, n. 1, p. 71-79, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A 5-year WHO strategy for road traffic injury prevention*. Geneva, 2001.

XIMENES, L. F. et al. Qualidade dos dados sobre mortalidade por causas externas na década de 90. *Boletim CLAVES/CENEPI*, [S.l.], v. 9, 2003. Disponível em: <<http://www.claves.fiocruz.br>>.

YABIKU, L. Os motoristas de terceira idade e as condições não amigáveis da direção veicular. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 36, p. 9-16, 2001.

ZHANG, J. et al. Padrões etários de fatores relacionados à acidentes de tráfego fatais: enfoque sobre motoristas jovens e idosos. *Revista da ABRAMET*, São Paulo, v. 35, p. 42-47, 2000.

Anexo 9

Tabela 71. Distribuição da mortalidade por acidentes de transporte segundo sexo. Brasil e Grandes Regiões, 1991

| Locais | Masculino | | | Feminino | | |
|---------------------|-----------|------|------|----------|------|------|
| | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa |
| Brasil | 22.159 | 78,0 | 30,6 | 6.256 | 22,0 | 8,4 |
| Região Norte | 1.102 | 77,5 | 21,6 | 320 | 22,5 | 6,5 |
| Região Nordeste | 3.931 | 76,4 | 18,9 | 1.214 | 23,6 | 5,6 |
| Região Sudeste | 10.853 | 78,4 | 35,1 | 2.986 | 21,6 | 9,4 |
| Região Sul | 4.263 | 78,2 | 38,8 | 1.189 | 21,8 | 10,7 |
| Região Centro-Oeste | 2.010 | 78,6 | 42,5 | 547 | 21,4 | 11,6 |

Tabela 72. Distribuição da mortalidade por acidentes de transporte segundo sexo. Brasil e Grandes Regiões, 2000

| Locais | Masculino | | | Feminino | | |
|---------------------|-----------|------|------|----------|------|------|
| | Nº | % | Taxa | Nº | % | Taxa |
| Brasil | 23.933 | 80,8 | 28,6 | 5.687 | 19,2 | 6,6 |
| Região Norte | 1.614 | 80,8 | 24,7 | 384 | 19,2 | 6,0 |
| Região Nordeste | 5.457 | 82,0 | 23,3 | 1.198 | 18,0 | 4,9 |
| Região Sudeste | 9.570 | 80,3 | 27,0 | 2.346 | 19,7 | 6,3 |
| Região Sul | 4.813 | 80,3 | 38,8 | 1.181 | 19,7 | 9,3 |
| Região Centro-Oeste | 2.479 | 81,1 | 42,7 | 578 | 18,9 | 9,9 |

Tabela 73. Distribuição das taxas* de mortalidade por acidentes de transporte. Capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Porto Velho | 31,0 | 33,3 | 36,1 | 25,9 | 17,2 | 28,2 | 21,3 | 22,3 | 33,6 | 37,9 |
| Rio Branco | 26,3 | 33,9 | 29,1 | 38,0 | 29,9 | 25,3 | 27,0 | 24,4 | 17,3 | 27,7 |
| Manaus | 23,7 | 24,5 | 21,2 | 27,3 | 30,5 | 23,8 | 26,1 | 21,6 | 18,2 | 19,1 |
| Boa Vista | 23,6 | 43,2 | 36,9 | 46,1 | 43,1 | 48,9 | 54,1 | 57,0 | 64,6 | 47,9 |
| Belém | 22,8 | 21,1 | 13,3 | 12,6 | 11,9 | 21,8 | 22,2 | 17,7 | 9,1 | 13,1 |
| Macapá | 37,3 | 28,7 | 39,0 | 38,5 | 32,7 | 30,8 | 29,9 | 26,5 | 26,2 | 29,3 |
| Palmas | 12,3 | 22,5 | 12,6 | 26,8 | 24,3 | 10,5 | 31,2 | 25,3 | 23,0 | 45,9 |
| São Luís | 21,4 | 22,1 | 18,3 | 16,7 | 19,4 | 17,5 | 12,8 | 7,9 | 9,4 | 10,5 |
| Teresina | 17,4 | 17,1 | 22,5 | 19,4 | 21,7 | 16,5 | 15,0 | 20,9 | 20,2 | 21,1 |
| Fortaleza | 24,1 | 21,9 | 22,5 | 21,3 | 27,0 | 24,9 | 25,1 | 16,8 | 17,2 | 15,6 |
| Natal | 30,8 | 24,2 | 23,6 | 19,2 | 21,7 | 17,2 | 13,0 | 15,3 | 9,3 | 9,3 |
| João Pessoa | 26,3 | 23,3 | 23,8 | 25,4 | 29,4 | 7,1 | 13,0 | 18,3 | 23,1 | 20,6 |
| Recife | 27,1 | 23,8 | 25,2 | 25,7 | 25,0 | 25,3 | 23,6 | 20,4 | 19,1 | 17,3 |
| Maceió | 29,7 | 29,3 | 35,9 | 34,5 | 34,3 | 35,4 | 31,3 | 27,9 | 27,5 | 20,1 |
| Aracaju | 24,1 | 48,9 | 28,7 | 38,1 | 27,3 | 20,8 | 14,7 | 13,4 | 16,2 | 19,9 |
| Salvador | 2,4 | 6,0 | 6,0 | 6,1 | 3,5 | 5,5 | 8,6 | 3,2 | 2,2 | 4,2 |
| Belo Horizonte | 28,8 | 26,1 | 24,7 | 26,2 | 28,6 | 29,5 | 27,8 | 24,2 | 20,6 | 17,7 |
| Vitória | 43,3 | 34,6 | 35,5 | 41,6 | 38,7 | 31,6 | 28,8 | 21,9 | 20,7 | 22,2 |
| Rio de Janeiro | 18,7 | 7,9 | 8,1 | 7,4 | 25,0 | 26,6 | 25,0 | 21,9 | 15,6 | 15,6 |
| São Paulo | 23,6 | 20,8 | 20,0 | 20,8 | 23,6 | 25,3 | 23,7 | 17,4 | 17,9 | 8,2 |
| Curitiba | 35,7 | 38,9 | 37,0 | 42,1 | 35,5 | 38,3 | 35,3 | 26,4 | 25,9 | 26,8 |
| Florianópolis | 34,8 | 34,1 | 40,1 | 43,2 | 37,8 | 43,9 | 38,1 | 23,3 | 26,2 | 28,0 |
| Porto Alegre | 20,9 | 14,1 | 16,9 | 23,9 | 25,4 | 24,1 | 25,3 | 19,0 | 18,3 | 15,8 |
| Campo Grande | 34,8 | 38,2 | 38,9 | 41,5 | 36,4 | 42,5 | 38,0 | 21,1 | 25,4 | 20,8 |
| Cuiabá | 12,4 | 15,4 | 12,2 | 10,2 | 32,6 | 35,1 | 19,7 | 17,4 | 20,1 | 26,1 |
| Goiânia | 40,0 | 36,7 | 36,8 | 38,0 | 44,6 | 39,3 | 36,8 | 31,0 | 33,2 | 31,9 |
| Brasília | 37,7 | 38,1 | 37,5 | 38,6 | 43,0 | 37,3 | 30,3 | 26,6 | 26,8 | 25,5 |

(*)Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 74. Distribuição de mortalidade por acidentes de transporte segundo sexo. Capitais brasileiras, 1991

| Capitais | Masculino | | | Feminino | | |
|----------------|-----------|------|-------|----------|------|-------|
| | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* |
| Porto Velho | 67 | 75,3 | 45,9 | 22 | 24,7 | 15,5 |
| Rio Branco | 38 | 73,1 | 38,8 | 14 | 26,9 | 14,1 |
| Manaus | 188 | 78,3 | 38,1 | 52 | 21,7 | 10,0 |
| Boa Vista | 29 | 85,3 | 37,3 | 5 | 14,7 | 7,5 |
| Belém | 218 | 76,8 | 36,9 | 66 | 23,2 | 10,1 |
| Macapá | 49 | 74,2 | 55,2 | 17 | 25,8 | 18,7 |
| Palmas | 2 | 66,7 | 15,3 | 1 | 33,3 | 8,8 |
| São Luís | 107 | 71,8 | 33,0 | 42 | 28,2 | 11,3 |
| Teresina | 81 | 77,9 | 29,1 | 23 | 22,1 | 7,2 |
| Fortaleza | 324 | 75,9 | 39,5 | 103 | 24,1 | 10,9 |
| Natal | 147 | 78,6 | 52,0 | 40 | 21,4 | 12,3 |
| João Pessoa | 99 | 75,6 | 43,0 | 32 | 24,4 | 12,0 |
| Recife | 249 | 71,1 | 41,3 | 101 | 28,9 | 14,5 |
| Maceió | 124 | 68,1 | 41,8 | 58 | 31,9 | 17,4 |
| Aracaju | 79 | 83,2 | 41,9 | 16 | 16,8 | 7,5 |
| Salvador | 40 | 83,3 | 4,1 | 8 | 16,7 | 0,7 |
| Belo Horizonte | 426 | 73,3 | 44,6 | 155 | 26,7 | 14,6 |
| Vitória | 91 | 81,3 | 74,5 | 21 | 18,8 | 15,4 |
| Rio de Janeiro | 754 | 73,9 | 29,2 | 266 | 26,1 | 9,2 |
| São Paulo | 1.759 | 77,1 | 37,8 | 522 | 22,9 | 10,5 |
| Curitiba | 353 | 75,8 | 56,1 | 113 | 24,2 | 16,5 |
| Florianópolis | 69 | 78,4 | 55,9 | 19 | 21,6 | 14,4 |
| Porto Alegre | 191 | 72,3 | 32,4 | 73 | 27,7 | 10,8 |
| Campo Grande | 142 | 77,6 | 55,1 | 41 | 22,4 | 15,3 |
| Cuiabá | 38 | 76,0 | 19,1 | 12 | 24,0 | 5,9 |
| Goiânia | 291 | 78,9 | 66,0 | 78 | 21,1 | 16,2 |
| Brasília | 453 | 75,1 | 58,9 | 150 | 24,9 | 18,0 |

(*)Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 75. Distribuição de mortalidade por acidente de transporte segundo sexo. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Masculino | | | Feminino | | |
|----------------|-----------|------|-------|----------|------|-------|
| | Nº | % | Taxa* | Nº | % | Taxa* |
| Porto Velho | 97 | 77,0 | 58,2 | 29 | 23,0 | 17,3 |
| Rio Branco | 56 | 80,0 | 45,4 | 14 | 20,0 | 10,8 |
| Manaus | 214 | 79,6 | 31,2 | 55 | 20,4 | 7,6 |
| Boa Vista | 83 | 86,5 | 82,7 | 13 | 13,5 | 13,0 |
| Belém | 138 | 82,1 | 22,7 | 30 | 17,9 | 4,5 |
| Macapá | 75 | 90,4 | 53,8 | 8 | 9,6 | 5,6 |
| Palmas | 50 | 79,4 | 72,7 | 13 | 20,6 | 18,9 |
| São Luís | 77 | 84,6 | 18,9 | 14 | 15,4 | 3,0 |
| Teresina | 122 | 80,8 | 36,4 | 29 | 19,2 | 7,6 |
| Fortaleza | 262 | 78,4 | 26,1 | 72 | 21,6 | 6,3 |
| Natal | 54 | 83,1 | 16,2 | 11 | 16,9 | 2,9 |
| João Pessoa | 106 | 86,2 | 37,9 | 17 | 13,8 | 5,3 |
| Recife | 199 | 80,9 | 30,1 | 47 | 19,1 | 6,2 |
| Maceió | 124 | 77,5 | 32,9 | 36 | 22,5 | 8,5 |
| Aracaju | 75 | 81,5 | 34,7 | 17 | 18,5 | 6,9 |
| Salvador | 88 | 85,4 | 7,7 | 15 | 14,6 | 1,2 |
| Belo Horizonte | 309 | 77,8 | 29,2 | 88 | 22,2 | 7,4 |
| Vitória | 52 | 80,0 | 37,7 | 13 | 20,0 | 8,4 |
| Rio de Janeiro | 693 | 75,8 | 25,2 | 221 | 24,2 | 7,1 |
| São Paulo | 665 | 77,7 | 13,4 | 191 | 22,3 | 3,5 |
| Curitiba | 333 | 78,4 | 43,8 | 92 | 21,6 | 11,1 |
| Florianópolis | 55 | 57,3 | 33,2 | 41 | 42,7 | 23,2 |
| Porto Alegre | 164 | 76,3 | 25,8 | 51 | 23,7 | 7,0 |
| Campo Grande | 115 | 83,3 | 35,6 | 23 | 16,7 | 6,7 |
| Cuiabá | 98 | 77,8 | 41,6 | 28 | 22,2 | 11,3 |
| Goiânia | 291 | 83,6 | 55,8 | 57 | 16,4 | 10,0 |
| Brasília | 414 | 79,6 | 42,2 | 106 | 20,4 | 9,9 |

(*)Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 76. Distribuição das taxas* de mortalidade por acidentes de transporte segundo faixas etárias. Capitais brasileiras, 1991

| Capitais | 0 - 9 anos | 10 - 14 anos | 15 - 19 anos | 20 - 24 anos | 25 - 29 anos | 30 - 39 anos | 40 - 49 anos | 50 - 59 anos | 60 e + anos |
|----------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Porto Velho | 18,9 | 8,4 | 6,5 | 37,3 | 42,4 | 33,7 | 52,1 | 107,1 | 71,8 |
| Rio Branco | 7,5 | 19,1 | 22,2 | 25,3 | 18,0 | 47,0 | 45,6 | 46,6 | 71,6 |
| Manaus | 11,5 | 9,0 | 27,2 | 27,8 | 31,8 | 25,7 | 33,3 | 39,7 | 60,3 |
| Boa Vista | 5,3 | 12,1 | 26,5 | 18,4 | 60,9 | 23,1 | 9,5 | 39,0 | 106,9 |
| Belém | 12,7 | 9,2 | 17,2 | 28,0 | 18,6 | 31,5 | 34,2 | 51,1 | 30,3 |
| Macapá | 22,5 | 16,1 | 23,3 | 59,0 | 41,9 | 50,9 | 48,7 | 54,1 | 94,6 |
| Palmas | 0,0 | 34,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 55,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| São Luís | 11,7 | 13,5 | 12,7 | 23,2 | 16,0 | 26,3 | 24,3 | 37,8 | 78,6 |
| Teresina | 8,0 | 7,9 | 12,5 | 14,6 | 20,4 | 31,4 | 12,5 | 39,2 | 50,7 |
| Fortaleza | 9,6 | 8,8 | 12,7 | 26,7 | 37,9 | 30,4 | 35,4 | 44,6 | 48,8 |
| Natal | 8,1 | 16,3 | 15,6 | 40,9 | 30,9 | 42,8 | 47,8 | 32,6 | 80,2 |
| João Pessoa | 7,2 | 7,2 | 24,4 | 31,0 | 29,9 | 37,2 | 41,6 | 51,3 | 46,0 |
| Recife | 6,8 | 13,0 | 20,1 | 29,7 | 35,9 | 23,9 | 35,7 | 49,6 | 53,8 |
| Maceió | 19,1 | 16,6 | 13,6 | 18,9 | 35,3 | 35,7 | 32,2 | 40,1 | 83,0 |
| Aracaju | 7,8 | 6,3 | 10,8 | 29,3 | 36,7 | 34,0 | 25,3 | 43,3 | 50,5 |
| Salvador | 0,4 | 1,2 | 1,8 | 1,8 | 3,0 | 2,8 | 4,2 | 6,2 | 5,2 |
| Belo Horizonte | 9,4 | 11,8 | 26,8 | 25,3 | 33,2 | 39,4 | 36,0 | 40,9 | 60,1 |
| Vitória | 11,9 | 32,2 | 43,4 | 48,6 | 49,5 | 42,0 | 51,2 | 80,8 | 86,6 |
| Rio de Janeiro | 4,8 | 7,3 | 16,0 | 24,5 | 21,5 | 19,4 | 23,8 | 25,4 | 29,5 |
| São Paulo | 6,5 | 10,5 | 27,1 | 35,3 | 29,8 | 26,2 | 25,0 | 30,5 | 40,5 |
| Curitiba | 12,5 | 13,6 | 26,8 | 31,9 | 41,9 | 43,0 | 56,1 | 38,8 | 82,0 |
| Florianópolis | 22,0 | 15,7 | 28,3 | 44,9 | 39,3 | 35,5 | 46,8 | 48,1 | 53,6 |
| Porto Alegre | 6,2 | 12,1 | 19,3 | 31,8 | 28,7 | 30,5 | 17,8 | 16,8 | 31,2 |
| Campo Grande | 12,5 | 6,8 | 31,8 | 42,6 | 42,7 | 50,7 | 39,8 | 32,7 | 102,1 |
| Cuiabá | 7,2 | 4,1 | 20,5 | 17,4 | 18,2 | 13,0 | 11,2 | 5,1 | 28,6 |
| Goiânia | 12,7 | 10,1 | 36,0 | 48,3 | 46,7 | 51,7 | 40,9 | 75,7 | 108,9 |
| Brasília | 10,9 | 12,5 | 29,4 | 42,3 | 50,4 | 47,2 | 50,5 | 72,7 | 109,0 |

(*)Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 77. Distribuição das taxas* de mortalidade por acidentes de transporte segundo faixas etárias. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | 0 - 9 anos | 10 - 14 anos | 15 - 19 anos | 20 - 24 anos | 25 - 29 anos | 30 - 39 anos | 40 - 49 anos | 50 - 59 anos | 60 e + anos |
|----------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Porto Velho | 11,8 | 17,8 | 10,6 | 64,3 | 41,2 | 49,3 | 53,3 | 55,0 | 136,1 |
| Rio Branco | 8,3 | 17,7 | 3,4 | 29,4 | 67,5 | 36,8 | 42,3 | 46,2 | 50,9 |
| Manaus | 5,3 | 6,8 | 11,0 | 30,7 | 20,2 | 33,9 | 28,1 | 23,1 | 35,0 |
| Boa Vista | 11,9 | 9,1 | 38,5 | 46,2 | 106,0 | 73,6 | 91,1 | 44,9 | 90,8 |
| Belém | 2,5 | 7,2 | 12,3 | 16,2 | 14,9 | 15,4 | 15,9 | 19,2 | 29,3 |
| Macapá | 13,8 | 12,0 | 20,4 | 36,0 | 26,9 | 48,6 | 42,1 | 57,9 | 68,1 |
| Palmas | 19,3 | 28,3 | 42,9 | 34,9 | 13,8 | 86,0 | 87,0 | 69,6 | 80,6 |
| São Luís | 3,0 | 3,1 | 3,6 | 16,1 | 13,6 | 18,3 | 9,3 | 18,8 | 16,2 |
| Teresina | 11,7 | 5,0 | 10,3 | 21,5 | 24,2 | 31,1 | 26,1 | 41,8 | 42,8 |
| Fortaleza | 3,7 | 5,0 | 8,1 | 19,5 | 18,8 | 25,0 | 19,5 | 26,9 | 25,6 |
| Natal | 3,9 | 2,8 | 6,3 | 8,4 | 10,1 | 7,1 | 18,6 | 17,5 | 14,2 |
| João Pessoa | 0,9 | 8,4 | 19,9 | 26,2 | 19,3 | 30,3 | 19,3 | 37,4 | 41,1 |
| Recife | 4,6 | 1,5 | 8,9 | 20,1 | 17,5 | 20,4 | 31,0 | 26,4 | 31,5 |
| Maceió | 9,4 | 3,7 | 18,5 | 19,3 | 15,0 | 30,4 | 43,6 | 21,5 | 23,2 |
| Aracaju | 6,1 | 2,2 | 13,2 | 37,6 | 18,9 | 30,5 | 30,9 | 22,2 | 21,6 |
| Salvador | 0,5 | 0,4 | 1,4 | 2,2 | 8,3 | 5,5 | 6,2 | 9,8 | 9,1 |
| Belo Horizonte | 5,1 | 5,8 | 11,3 | 23,7 | 23,2 | 20,9 | 20,3 | 22,2 | 32,3 |
| Vitória | 4,5 | 11,5 | 9,8 | 33,6 | 16,9 | 19,4 | 44,1 | 33,6 | 30,6 |
| Rio de Janeiro | 3,0 | 7,0 | 11,5 | 19,1 | 17,3 | 16,6 | 18,2 | 20,2 | 27,4 |
| São Paulo | 2,3 | 2,4 | 8,0 | 11,9 | 10,7 | 9,6 | 8,7 | 11,7 | 11,5 |
| Curitiba | 7,7 | 8,8 | 23,5 | 32,1 | 36,8 | 31,6 | 37,5 | 30,3 | 38,9 |
| Florianópolis | 3,8 | 17,0 | 20,1 | 39,9 | 36,2 | 40,6 | 32,2 | 35,5 | 31,2 |
| Porto Alegre | 5,8 | 2,8 | 8,0 | 22,6 | 19,8 | 22,6 | 18,2 | 18,3 | 21,8 |
| Campo Grande | 4,1 | 9,1 | 17,3 | 16,9 | 32,9 | 28,1 | 32,6 | 21,1 | 39,4 |
| Cuiabá | 11,2 | 11,7 | 21,9 | 34,5 | 22,9 | 35,1 | 28,2 | 48,3 | 32,8 |
| Goiânia | 6,6 | 8,1 | 31,3 | 45,8 | 35,8 | 35,2 | 41,0 | 52,8 | 44,6 |
| Brasília | 8,4 | 10,5 | 23,1 | 27,8 | 36,5 | 29,9 | 31,7 | 35,2 | 44,7 |

(*)Taxa de mortalidade por cem mil habitantes.

Tabela 78. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar por acidentes de transporte segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Faixas Etárias | Masculino | | | | Feminino | | | | Total | | | |
|----------------|------------|--------------|------------|-------------|------------|--------------|----------|------------|------------|---------------|------------|------------|
| | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
| 0 - 9 | 0,5 | 461,0 | 4,7 | 1,80 | 0,3 | 449,0 | 5 | 1,8 | 0,4 | 456,81 | 4,7 | 1,8 |
| 10 - 14 | 0,7 | 496,7 | 4,6 | 1,62 | 0,3 | 521,4 | 5 | 2,5 | 0,5 | 503,25 | 4,7 | 1,9 |
| 15 - 19 | 1,1 | 655,9 | 5,4 | 3,60 | 0,3 | 599,0 | 6 | 3,1 | 0,7 | 642,98 | 5,5 | 3,5 |
| 20 - 24 | 1,6 | 705,5 | 5,9 | 4,05 | 0,3 | 594,5 | 5 | 3,0 | 1,0 | 685,80 | 5,8 | 3,9 |
| 25 - 29 | 1,6 | 679,9 | 5,9 | 4,03 | 0,3 | 655,0 | 6 | 3,2 | 1,0 | 675,64 | 5,9 | 3,9 |
| 30 - 39 | 1,3 | 702,7 | 6,4 | 5,07 | 0,3 | 604,7 | 6 | 3,5 | 0,8 | 683,18 | 6,2 | 4,8 |
| 40 - 49 | 1,1 | 718,7 | 7,2 | 5,56 | 0,3 | 626,0 | 6 | 4,1 | 0,7 | 696,06 | 7,0 | 5,2 |
| 50 - 59 | 1,0 | 723,7 | 7,5 | 6,67 | 0,4 | 752,5 | 7 | 3,7 | 0,7 | 732,34 | 7,2 | 5,8 |
| 60 + | 1,0 | 847,0 | 8,0 | 9,88 | 0,7 | 857,4 | 8 | 6,7 | 0,8 | 851,79 | 8,1 | 8,4 |
| Total | 1,0 | 671,1 | 6,1 | 4,58 | 0,3 | 637,3 | 6 | 3,7 | 0,7 | 662,44 | 6,1 | 4,4 |

Taxa = Taxa de internação por mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência.

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

Tabela 79. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar por acidentes de transporte. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
|----------------|--------|------|---------|--------|--------|
| Porto Velho | 871 | 2,6 | 399,9 | 10,42 | 4,4 |
| Rio Branco | 397 | 1,6 | 375,5 | 8,27 | 1,5 |
| Manaus | 915 | 0,7 | 653,1 | 8,04 | 5,0 |
| Boa Vista | 129 | 0,6 | 443,4 | 11,95 | 4,7 |
| Belém | 368 | 0,3 | 427,4 | 3,63 | 0,5 |
| Macapá | 316 | 1,1 | 399,6 | 9,00 | 4,1 |
| Palmas | 1 | 0,0 | 160,8 | 1,00 | 0,0 |
| São Luís | 7.390 | 8,5 | 271,0 | 2,51 | 1,3 |
| Teresina | 786 | 1,1 | 499,9 | 6,33 | 2,8 |
| Fortaleza | 3.705 | 1,7 | 699,6 | 7,10 | 4,6 |
| Natal | 767 | 1,1 | 517,1 | 7,97 | 7,4 |
| João Pessoa | 1.363 | 2,3 | 513,5 | 4,60 | 7,1 |
| Recife | 470 | 0,3 | 477,2 | 6,12 | 1,5 |
| Maceió | 1.683 | 2,1 | 551,2 | 4,47 | 6,5 |
| Aracaju | 637 | 1,4 | 793,5 | 6,22 | 6,1 |
| Salvador | 2.212 | 0,9 | 940,4 | 7,74 | 9,7 |
| Belo Horizonte | 4.918 | 2,2 | 926,1 | 7,81 | 5,6 |
| Vitória | 894 | 3,1 | 640,4 | 6,89 | 5,7 |
| Rio de Janeiro | 12.821 | 2,2 | 898,2 | 9,74 | 5,2 |
| São Paulo | 7.403 | 0,7 | 942,8 | 6,26 | 4,7 |
| Curitiba | 682 | 0,4 | 1.324,8 | 5,48 | 7,0 |
| Florianópolis | 364 | 1,1 | 899,3 | 9,87 | 5,5 |
| Porto Alegre | 3.869 | 2,8 | 557,5 | 6,83 | 3,9 |
| Campo Grande | 58 | 0,1 | 627,4 | 9,76 | 1,7 |
| Cuiabá | 781 | 1,6 | 578,9 | 7,22 | 4,4 |
| Goiânia | 3.333 | 3,0 | 640,1 | 4,95 | 3,7 |
| Brasília | 2.036 | 1,0 | 677,4 | 8,99 | 6,5 |

Nº = Número de internações.

Taxa = Taxa de internação por mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência.

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

Tabela 80. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar masculina por acidentes de transporte. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
|----------------|-------|------|---------|--------|--------|
| Porto Velho | 660 | 4,0 | 399,5 | 10,31 | 4,5 |
| Rio Branco | 314 | 2,5 | 385,4 | 9,07 | 1,3 |
| Manaus | 671 | 1,0 | 657,5 | 8,07 | 4,6 |
| Boa Vista | 99 | 1,0 | 455,8 | 11,49 | 6,1 |
| Belém | 242 | 0,4 | 441,5 | 3,82 | 0,8 |
| Macapá | 224 | 1,6 | 416,2 | 8,94 | 4,5 |
| Palmas | 1 | 0,0 | 160,8 | 1,00 | 0,0 |
| São Luís | 5.349 | 13,2 | 275,2 | 2,47 | 1,3 |
| Teresina | 590 | 1,8 | 520,7 | 6,51 | 3,2 |
| Fortaleza | 2.876 | 2,9 | 717,5 | 7,20 | 4,9 |
| Natal | 643 | 1,9 | 527,8 | 8,11 | 7,5 |
| João Pessoa | 1.031 | 3,7 | 518,1 | 4,62 | 6,8 |
| Recife | 242 | 0,4 | 595,6 | 7,00 | 2,9 |
| Maceió | 1.166 | 3,1 | 544,6 | 4,62 | 7,9 |
| Aracaju | 520 | 2,4 | 776,4 | 5,99 | 6,7 |
| Salvador | 1.769 | 1,5 | 939,3 | 7,59 | 10,5 |
| Belo Horizonte | 3.948 | 3,7 | 932,1 | 7,77 | 5,6 |
| Vitória | 679 | 4,9 | 654,4 | 6,91 | 5,6 |
| Rio de Janeiro | 8.240 | 3,0 | 865,8 | 9,81 | 5,4 |
| São Paulo | 5.923 | 1,2 | 946,3 | 6,30 | 4,6 |
| Curitiba | 517 | 0,7 | 1.342,0 | 5,64 | 6,4 |
| Florianópolis | 281 | 1,7 | 918,0 | 10,35 | 5,0 |
| Porto Alegre | 2.842 | 4,5 | 572,6 | 7,02 | 4,0 |
| Campo Grande | 48 | 0,1 | 535,6 | 9,71 | 2,1 |
| Cuiabá | 583 | 2,5 | 590,1 | 7,64 | 5,0 |
| Goiânia | 2.494 | 4,8 | 640,3 | 4,95 | 4,1 |
| Brasília | 1.532 | 1,6 | 693,4 | 9,40 | 6,8 |

Nº = Número de internações.

Taxa = Taxa de internação por mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência.

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

Tabela 81. Distribuição das internações, tempo médio de permanência, custo, taxas de internação e de mortalidade hospitalar feminina por acidentes de transporte. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Nº | Taxa | Custo | T.M.P. | T.M.H. |
|----------------|-------|------|---------|--------|--------|
| Porto Velho | 211 | 1,3 | 401,2 | 10,76 | 3,8 |
| Rio Branco | 83 | 0,6 | 338,2 | 5,24 | 2,4 |
| Manaus | 244 | 0,3 | 641,0 | 7,95 | 6,1 |
| Boa Vista | 30 | 0,3 | 402,7 | 13,47 | 0,0 |
| Belém | 126 | 0,2 | 400,2 | 3,27 | 0,0 |
| Macapá | 92 | 0,6 | 359,0 | 9,13 | 3,3 |
| Palmas | 0 | 0,0 | - | - | - |
| São Luís | 2.041 | 4,4 | 260,0 | 2,61 | 1,1 |
| Teresina | 196 | 0,5 | 437,2 | 5,79 | 1,5 |
| Fortaleza | 829 | 0,7 | 637,4 | 6,75 | 3,5 |
| Natal | 124 | 0,3 | 461,5 | 7,28 | 7,3 |
| João Pessoa | 332 | 1,0 | 499,2 | 4,54 | 8,1 |
| Recife | 228 | 0,3 | 351,5 | 5,18 | 0,0 |
| Maceió | 517 | 1,2 | 566,0 | 4,15 | 3,5 |
| Aracaju | 117 | 0,5 | 869,5 | 7,21 | 3,4 |
| Salvador | 443 | 0,3 | 944,9 | 8,35 | 6,3 |
| Belo Horizonte | 970 | 0,8 | 901,8 | 7,96 | 5,5 |
| Vitória | 215 | 1,4 | 596,1 | 6,80 | 6,0 |
| Rio de Janeiro | 4.581 | 1,5 | 956,3 | 9,62 | 4,6 |
| São Paulo | 1.480 | 0,3 | 928,9 | 6,10 | 4,9 |
| Curitiba | 165 | 0,2 | 1.271,2 | 4,97 | 9,1 |
| Florianópolis | 83 | 0,5 | 836,1 | 8,27 | 7,2 |
| Porto Alegre | 1.027 | 1,4 | 515,8 | 6,30 | 3,5 |
| Campo Grande | 10 | 0,0 | 1.068,0 | 10,00 | 0,0 |
| Cuiabá | 198 | 0,8 | 545,7 | 5,96 | 2,5 |
| Goiânia | 839 | 1,5 | 639,6 | 4,96 | 2,6 |
| Brasília | 504 | 0,5 | 628,8 | 7,73 | 5,8 |

Nº = Número de internações.

Taxa = Taxa de internação por mil hab.

Custo = Custo total por cada internação em reais.

T.M.P. = Tempo Médio de Permanência.

T.M.H. = Taxa de Mortalidade Hospitalar por cem internações.

10

Kathie
Njaine

Ana
Cristina
Reis

Qualidade da informação sobre acidentes e violências

Introdução

Este capítulo tem o intuito de analisar criticamente o processo de construção da informação sobre acidentes e violências no campo da Saúde Pública, a partir de sua geração, sistematização, disseminação e uso científico, social e estratégico.

A melhoria da qualidade da informação é um dos elementos fundamentais para dar mais precisão aos processos de tomada de decisão, mormente, em relação a um tema tão crucial e urgente para a sociedade brasileira como os acidentes e as violências. Ao abordar essa questão considera-se que o acesso à informação é direito essencial a todo e qualquer cidadão, tanto no que se refere ao conhecimento sobre o fenômeno quanto no compartilhamento de propostas de ações de prevenção por parte das instituições e da sociedade civil.

Revisando os estudos nacionais que analisam a informação sobre mortalidade por causas externas na década de 90, Njaine e Souza (2003) constataram que uma grande parcela deles se refere a informações locais sobre acidentes e violências. Algumas dessas investigações procuram ampliar a reflexão sobre problemas detectados nos dados dos sistemas locais sobre morbimortalidade por causas externas para o nível nacional, visando a propor soluções para melhoria em ambos âmbitos.

As questões mais cruciais apontadas por alguns trabalhos são: a) necessidade de aumentar o nível de cobertura do SIM, que corresponde hoje a 80% de todos os óbitos ocorridos no País, sendo que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ela pode ser ainda menor; b) necessidade de otimização da informação no âmbito local; c) necessidade de capacitação dos profissionais que lidam com os registros (MACHADO, 1991; GAWRYSZEWSKI, 1995; SOUZA et al., 1996; D'ÁVILA, 1997; JORGE et al., 1997; KFOURI et al., 2000).

Estudos e análises críticas de bancos de dados na última década dão ênfase às lacunas neles detectadas e destacam a necessidade de melhoria da informação, principalmente no caso do preenchimento da Declaração de Óbito. Esse documento, que constitui a fonte primária de informação sobre a mortalidade possui limitações, sobretudo, no que se refere ao seu preenchimento. Persiste como prática dos setores e profissionais responsáveis por essas informações uma cultura de omissão de dados relevantes como raça ou cor, ocupação e nível de escolaridade da vítima que deixam de ser informadas ou costumam ser pouco fidedignas (REIS, 1999; DRUMOND JR. et al., 1999).

O indicador utilizado na verificação da qualidade da informação sobre causas externas é a proporção de óbitos registrados como “Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada” (códigos Y-10 a Y-34 da Classificação Internacional de Doenças, 10.a revisão – CID10). Esses eventos são assim classificados por que as autoridades médicas ou legais não dispõem de informações suficientes para caracterizá-los como um acidente, uma lesão auto-infligida ou uma agressão.

O Instituto Médico-Legal (IML), órgão que por exigência legal deve atestar todos os óbitos por causas externas no Brasil, após a necropsia, tem um papel fundamental na qualificação dos dados por causas externas. Segundo alguns autores, um dos fatores

que tem contribuído para a má qualidade dos dados sobre causas externas pode estar relacionado aos serviços prestados pelo IML. Em muitas localidades, esses órgãos funcionam de forma precária ou nem existem. Nos locais onde existem, um dos principais problemas refere-se ao fato dos médicos-legistas preencherem apenas a natureza de lesão, sem informar a circunstância que provocou o óbito. Essa informação, vital para o esclarecimento da causa básica de morte, permitiria minimizar o contingente de eventos cuja intenção é indeterminada (SOUZA, 2002; DRUMOND JR. et al., 1999).

É preciso ressaltar, entretanto, as difíceis condições de trabalho desses profissionais em quase todo o País, além da falta de material e de equipamentos para o exercício das atividades nos IML do País. Essa situação contribui significativamente para a imprecisão das informações sobre circunstâncias que provocaram a morte violenta (ALDÉ, 2003), como é o caso do Rio de Janeiro, mesmo que os médicos e técnicos sejam bem preparados (MINAYO; SOUZA, 2003).

Além do funcionamento precário dos IML, verificam-se outros fatores responsáveis pela má qualidade da informação, sendo os principais a deficiência na formação médica e ausência de adequado treinamento dos técnicos para o preenchimento dos registros de óbito. Também contribui para esse quadro a pouca consciência sobre a importância da informação e do completo e correto preenchimento das Declarações de Óbitos (DO) para a produção de dados fidedignos que redundariam em ações de redução e prevenção da violência (NJAINÉ et al., 1997; SOUZA, 2002; DRUMOND JR. et al., 1999). Esforços recentes têm sido realizados por algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no sentido de promover treinamentos específicos aos profissionais para um melhor preenchimento da Declaração de Óbito.

Além dos problemas de formação e treinamento dos profissionais que lidam com a informação sobre violências e acidentes, há um obstáculo institucional muito potente e que foge ao mero aspecto técnico. Os médicos-legistas costumam argumentar, com muita frequência, que registrar as circunstâncias da morte significaria apontar a causa jurídica do óbito, transformando a DO numa prova a ser usada nos inquéritos policiais (NJAINÉ et al., 1997; BARROS et al., 2001).

Na tentativa de dirimir esse problema, o Ministério da Saúde criou, na Declaração de Óbito, um campo exclusivo para o registro das causas violentas (parte VI – causas externas), destacando que os dados ali registrados só podem ser usados para fins epidemiológicos e referem-se às prováveis circunstâncias da morte por causa violenta. Embora não se tenha conhecimento de estudos que tenham avaliado o impacto dessa medida na melhoria da qualidade dos dados provenientes dos IML, é possível afirmar que provavelmente seu objetivo não foi alcançado com satisfação, em virtude da pouca comunicação entre os setores da Saúde e da Segurança Pública, este último, o responsável pelas atividades do IML. Portanto, além dos obstáculos institucionais, seria preciso vencer as barreiras da comunicação intersetorial.

Acrescem às dificuldades citadas, omissões de outros serviços envolvidos no fluxo da informação sobre causas externas, como as ressaltadas por Barros, Ximenes e Lima (2001), quando enfatizam a importância do correto preenchimento das guias de remoção de cadáveres e os Boletins de Ocorrência (BO) policial, pelos hospitais e pelas delegacias de polícia, de forma que se obtenha maior esclarecimento das circunstâncias

das mortes violentas. Sabe-se que nem todas as circunstâncias de morte podem ser esclarecidas apenas no exame de necropsia, como no caso de algumas intoxicações exógenas que podem ser provocadas por suicídio, homicídio ou acidente. Informações complementares que podem ser obtidas por outros documentos, como as guias de remoção e os Boletins de Ocorrência, nem sempre estão disponíveis por ocasião do preenchimento da Declaração de Óbito no IML.

Autores, como Mello Jorge, Cascão e Silva (2003), Simões e Reichenheim (2001) e Barros et al., (2001), defendem que a busca ativa de dados adicionais no próprio IML e até mesmo na imprensa (consulta aos jornais), para complementar as informações da DO, pode ser uma estratégia para reduzir, nas estatísticas, o percentual de lesões cuja intenção é indeterminada. Contudo, esses autores ressaltam que essa estratégia por si só não resolve o problema e deve ser adotada temporariamente, uma vez que a obrigação legal de informar a circunstância da morte violenta pertence ao médico-legista e, portanto, o correto preenchimento das DO deve ser assumido pelo IML, segundo normas e padrões estabelecidos. Nos municípios onde as bases de dados estão informatizadas, a recuperação dessas informações pode ser realizada pelo linkage a outros bancos de instituições, como Corpo de Bombeiros, Delegacias de Polícia e hospitais que fazem parte desse fluxo.

A busca ativa resulta na melhoria da qualidade da informação porque atua no maior esclarecimento das circunstâncias dos eventos cuja intenção é indeterminada. Em contrapartida, o esclarecimento dessas mortes aumenta o número de óbitos informados sobre determinadas causas específicas, como os homicídios, o que, freqüentemente, é confundido com o aumento real do tipo de eventos que os provocou. É importante, em conseqüência, tomar os devidos cuidados nas comparações entre municípios que fazem busca ativa e outros que não o fazem.

No que se refere aos estudos de morbidade, pode-se dizer que a utilização de bases de dados secundários ainda é pouco freqüente no Brasil. A análise da morbidade hospitalar pode ser feita por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) onde os dados são registrados no formulário da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Esse sistema foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1993, com a finalidade de efetuar a remuneração pelas hospitalizações em hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde. Segundo Lebrão et al. (1997), há estimativas de que o SIH-SUS seja responsável atualmente por 80% das informações sobre assistência médico-hospitalar demandada pela população brasileira.

Apesar das limitações de seus dados que não contemplam a totalidade das internações ocorridas e por ser um sistema basicamente com finalidade administrativa, alguns autores ressaltam a importância do SIH-SUS como fonte de informação bastante útil para avaliação dos serviços hospitalares, estudos epidemiológicos e atividades de vigilância em saúde (VERAS; MARTINS, 1994; LEBRÃO et al., 1997). Os estudos da morbidade hospitalar no Brasil, utilizando o SIH-SUS, estão assumindo crescente importância, impulsionados pela facilidade de acesso às bases de dados por meio de CD-ROM ou internet e pela sua disponibilização com curto intervalo de defasagem.

Estudo realizado por Mathias e Soboll (1998) verificou a confiabilidade dos diagnósticos registrados nos formulários das AIH. Concluíram que a correta seleção do diagnós-

tico principal ou secundário é dificultada pela baixa qualidade dos dados registrados nos prontuários, falta de treinamento e desconhecimento das regras de codificação, multiplicidade de diagnósticos numa mesma internação e maior valorização das informações sobre procedimentos médicos que geram reembolso, em detrimento do diagnóstico de internação.

Outras críticas vêm sendo feitas a respeito da qualidade da informação do Sistema de Morbidade. Uma delas é que, como esse sistema é usado para pagamentos por procedimentos médicos realizados, está mais suscetível a fraudes, como, por exemplo, ao excesso de informações sobre realização de procedimentos caros, cobranças por intervenções não realizadas e a realização de exames desnecessários (SOUZA, 2002).

Em relação à análise da morbidade hospitalar por causas violentas, deve-se considerar, ainda, outras limitações, como a não inclusão dos muitos casos de violência que recebem atendimento apenas nas emergências ou nos prontos-socorros (JORGE; GOTLIEB, 2000); por diagnósticos imprecisos nos casos das tentativas de suicídio, por exemplo, e informações imprecisas sobre lesões e traumas, não vinculando-os às circunstâncias que lhes deram origem.

É importante mencionar que no SIH-SUS a obrigatoriedade do registro da causa externa como diagnóstico secundário no caso de uma internação por lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas, classificação usada para o registro do diagnóstico principal, se deu a partir de 1998, após a publicação da Portaria GM n.º 142, de 13 de novembro de 1997. Antes, era registrada apenas a lesão sem o esclarecimento do evento causador da mesma (BRASIL, 2001).

Apesar de todos os problemas que vão desde a origem dos dados, tratamento e disseminação, as estatísticas vitais evidenciam com clareza a importância das causas externas na atual configuração do padrão de morbimortalidade brasileiro. Somente no ano de 2000, as causas violentas foram responsáveis por 118 mil vítimas fatais, o equivalente a 12,5% do total de mortes ocorridas no País, sendo superado apenas pelas doenças cardiovasculares. A população jovem de 15 a 29 anos é a mais vitimada por essa causa (em torno de 70% dos óbitos neste grupo etário devem-se a mortes violentas). Em relação à morbidade hospitalar, as causas violentas foram responsáveis por 5,8% do total de internações no Brasil. Em estudo realizado pelo Claves (2001a), verificou-se que essas representaram o principal motivo de internação entre a população jovem de 15 a 24 anos.

Destaca-se a importância dos homicídios e acidentes de transporte como os grupos que mais contribuem para as causas externas no País. No ano de 2000, no Brasil, os homicídios representaram 38% do total de óbitos por causas externas e os acidentes de transporte 25% dessas mortes.

Verifica-se uma tendência de crescimento dos homicídios em quase todas as regiões do Brasil, inclusive nas áreas rurais, atingindo sobretudo a população masculina (JORGE; GOTLIEB, 2000). A arma de fogo tem sido a principal responsável por esse tipo de morte (SOUZA et al., 2002). Apesar de existir no País, desde 1997, uma lei que transforma em crime o porte ilegal de armas de fogo, a indústria de armas brasileiras vem crescendo.

Os acidentes de trânsito vêm exigindo políticas de enfrentamento focalizadas, com base em informações mais consistentes sobre o tipo de acidente. Mello Jorge et al. (1997) ressaltam que as áreas onde existe melhor qualidade de informação indicam que o pedestre tem sido a principal vítima (50 a 80%), o que exige decisões fundamentalmente voltadas para a prevenção de atropelamentos.

Ressalta-se também o problema de informação sobre morbidade por causas externas na rede ambulatorial de saúde, onde se desconhece a magnitude dos casos que são encaminhados para essa rede, tanto em nível local como nacional.

Material e método

Para a análise da qualidade da informação sobre mortalidade por causas externas, foram verificadas as proporções de informações ignoradas, categorizadas segundo a CID 9.a revisão como “Lesões em que se ignora se acidental ou intencional” (códigos E-980 a E-988) e na CID 10ª revisão como “Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada” (códigos Y-10 a Y-34). Dada a importância dos homicídios e acidentes de trânsito no quadro da mortalidade, analisou-se a qualidade da informação desses tipos de causa no período de 1996 a 2000, segundo a CID 10ª revisão. Foram realizadas análises comparativas das proporções de dados ignorados segundo o tipo de causa de morte (natural ou externa) estratificadas por: sexo, idade, escolaridade, estado civil, raça/cor, ocupação, local de ocorrência e atestante. Os óbitos foram selecionados por residência para o Brasil como um todo e as capitais brasileiras. O período analisado corresponde aos anos de 1991 a 2000. Essas informações foram extraídas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/Datasus/MS).

Este trabalho apresenta ainda uma análise exploratória da morbidade hospitalar por “Lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas” (capítulo XIX – CID10), aqui denominadas causas violentas. Foram tratados os dados do País e das capitais para o ano de 2000. Analisou-se a qualidade do preenchimento do diagnóstico principal e diagnóstico secundário. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS/Datasus/MS).

Qualidade dos dados de mortalidade

A análise comparativa do comportamento da mortalidade por causas externas nos períodos de 1981 a 1990 e de 1991 a 2000 mostra que os homicídios e os acidentes de transporte destacaram-se como os principais tipos de morte violenta nas duas décadas. Observa-se um relevante crescimento das mortes por homicídios, ao passarem de 24,4% nos anos 80 para 33,0% na década seguinte. Os acidentes de transporte apresentaram uma redução pouco expressiva, passando de 28,9% na década de 80 para 27,6% na década seguinte, mantendo-se como a segunda principal causa de morte violenta no País. Destaca-se a importante redução dos eventos cuja intenção é indeterminada, ao passarem de 14,8% nos anos 80 para 11,4% nos anos 90.

A proporção de eventos cuja intenção é indeterminada também diminuiu na maioria das capitais brasileiras entre as décadas de 80 e 90 (tabela 1). Esse fato indica que a qualidade da informação sobre causas externas melhorou em algumas capitais. É bastante expressiva a melhoria da qualidade das informações, por exemplo, em Campo Grande (passou de 24,1% em 80 para 5,3% em 90), Recife (18,8% em 80 para 5,3% em

90), Porto Alegre (31,6% para 8,2%), Goiânia (32,7% para 13,4%), Brasília (10,1% para 1,3%), Boa Vista (9,1% para 0,8%) e Vitória (7,0% para 2,8%).

Os fatores mais determinantes para o esclarecimento dessas informações sobre causas externas podem ser atribuídos à melhoria do preenchimento dos atestados de óbitos, a busca ativa, a capacitação de codificadores, por exemplo, especialmente onde as reduções dos eventos cuja intenção é indeterminada foram mais expressivas. Ressalta-se também o papel da municipalização do Sistema de Informação de Mortalidade no aprimoramento dos sistemas de informações locais.

Tabela 1. Proporção de óbitos por causas externas registrados como eventos com intenção indeterminada, segundo capitais brasileiras, 1981-1990 e 1991-2000

| Capital | 81-90 | 91-00 |
|---------------------|-------|-------|
| Norte | | |
| Porto Velho | 10,3 | 7,4 |
| Rio Branco | 10,7 | 10,0 |
| Manaus | 2,7 | 5,1 |
| Boa Vista | 9,1 | 0,8 |
| Belém | 6,2 | 3,9 |
| Macapá | 0,8 | 0,2 |
| Palmas | - | 8,2 |
| Nordeste | | |
| São Luís | 13,6 | 11,4 |
| Teresina | 8,8 | 4,0 |
| Fortaleza | 5,9 | 6,6 |
| Natal | 14,7 | 25,3 |
| João Pessoa | 2,9 | 0,3 |
| Recife | 18,8 | 5,3 |
| Maceió | 1,5 | 0,6 |
| Aracaju | 34,3 | 22,6 |
| Salvador | 3,2 | 9,7 |
| Sudeste | | |
| Belo Horizonte | 11,9 | 8,7 |
| Vitória | 7,0 | 2,8 |
| Rio de Janeiro | 41,3 | 33,6 |
| São Paulo | 5,9 | 6,4 |
| Sul | | |
| Curitiba | 13,8 | 8,4 |
| Florianópolis | 6,8 | 4,3 |
| Porto Alegre | 31,6 | 8,2 |
| Centro-Oeste | | |
| Campo Grande | 24,1 | 5,3 |
| Cuiabá | 3,0 | 3,3 |
| Goiânia | 32,7 | 13,4 |
| Brasília | 10,1 | 1,3 |

Na Cidade de Natal, entretanto, foi observado crescimento no percentual de eventos cuja intenção é indeterminada, passando de 14,7% em 80 para 25,3% na década de 90. Mesmo com a redução observada em Aracaju (22,6%) e no Rio de Janeiro (33,6%), nessas localidades ainda persistem elevadas proporções de eventos com intenção indeterminada.

Cumprе ressaltar que as informações provenientes de algumas capitais das regiões Norte e Nordeste devem ser avaliadas com cautela, pois, além de possuírem elevado índice de sub-registro de óbitos, nelas predomina elevada proporção de causas mal definidas, acarretando prejuízo para a análise do perfil de mortalidade.

Na tabela 2, pode-se observar ano a ano o comportamento da qualidade dos dados sobre causas externas nas capitais brasileiras. Destaca-se a capital do Rio de Janeiro com uma significativa redução dos eventos, cuja intenção é indeterminada a partir da segunda metade da década de 90. Esse resultado é fruto de intenso trabalho de qualificação dos dados, a partir da busca ativa no Sistema de Registros de Ocorrência da Polícia Civil (SIMPLÍCIO et al., 2003). As demais capitais das regiões Sudeste e Sul, onde se tem conhecimento da existência de um sistema de informação sobre mortalidade de melhor qualidade, mantiveram uma proporção de dados cuja intenção é indeterminada relativamente pequena no período.

A Cidade de Natal apresenta a pior qualidade de informação sobre causas externas, com crescimento da proporção de eventos de intenção indeterminada de 7,5% em 1991 para 53,6% em 2000. Do total de óbitos por essa causa ocorridos em Natal, 42,2% foram por meios não especificados e 34,8% por arma de fogo não especificada. Em Salvador, também observa-se baixa qualidade dessa informação com 40,7% de dados ignorados em 2000. Do total de eventos indeterminados em Salvador, 60,2% referem-se ao uso de arma de fogo não especificada e 28,3% por meios não especificados. Em Aracaju e São Luís, verifica-se proporções de eventos indeterminados bastante elevadas no ano de 1998 (52,7% e 35,5%, respectivamente).

Em muitas das capitais das regiões Norte e Nordeste, a proporção de eventos indeterminados é inferior a 10%, sugerindo que a qualidade dos dados sobre causas externas é boa nessas localidades. Contudo, a baixa proporção de dados ignorados pode estar relacionada ao elevado sub-registro como mencionado anteriormente. Ressalta-se, entretanto, que algumas capitais dessas regiões, como é o exemplo de Recife, tem investido na melhoria da qualidade da informação.

Na tabela 2, observa-se também o comportamento irregular da proporção de dados ignorados em determinados anos para algumas capitais da região Norte e Nordeste. As cidades de Rio Branco e Belém apresentaram uma elevação dessa proporção em 1999, reduzindo drasticamente no ano seguinte, o que pode indicar mudanças de legistas, de gerenciamento dos sistemas locais e na Classificação Internacional de Doenças. A capital Palmas apresentou altas proporções de dados ignorados nos anos entre 1995 e 1996 (em torno de 30%), diminuindo para 1,6% em 2000.

Tabela 2. Proporção de óbitos por causas externas registradas como eventos cuja intenção é indeterminada, segundo capitais brasileiros, 1991-2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Porto Velho | 1,5 | 4,0 | 7,7 | 11,8 | 22,1 | 18,6 | 5,8 | 3,2 | 2,3 | 5,9 |
| Rio Branco | 0,5 | 2,5 | 1,7 | 4,5 | 7,7 | 19,6 | 18,6 | 17,4 | 28,9 | 1,3 |
| Manaus | 8,6 | 6,3 | 5,1 | 7,5 | 6,9 | 5,2 | 3,7 | 2,7 | 3,9 | 1,8 |
| Boa Vista | 6,5 | 0,0 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,4 |
| Belém | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,3 | 1,1 | 3,7 | 4,7 | 23,2 | 5,0 |
| Macapá | 0,0 | 0,6 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,7 | 0,0 |
| Palmas | 0,0 | 3,7 | 7,4 | 6,7 | 30,0 | 27,5 | 8,5 | 0,0 | 1,4 | 1,6 |
| São Luis | 1,0 | 1,2 | 4,7 | 3,8 | 3,5 | 7,0 | 14,1 | 35,5 | 23,7 | 16,5 |
| Teresina | 5,2 | 8,4 | 2,3 | 2,2 | 2,2 | 2,3 | 4,5 | 2,8 | 4,8 | 5,8 |
| Fortaleza | 4,9 | 5,6 | 6,0 | 7,2 | 10,0 | 12,7 | 6,7 | 8,6 | 2,4 | 0,4 |
| Natal | 7,5 | 8,5 | 6,7 | 18,4 | 23,4 | 25,0 | 36,6 | 23,9 | 41,5 | 53,6 |
| João Pessoa | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 0,4 | 0,5 | 0,0 | 0,3 | 0,5 | 0,0 |
| Recife | 4,9 | 5,6 | 4,4 | 6,7 | 7,0 | 5,7 | 3,2 | 4,1 | 7,1 | 5,0 |
| Maceió | 1,3 | 2,5 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,7 | 0,2 | 0,6 | 0,5 |
| Aracaju | 4,5 | 1,8 | 1,2 | 15,9 | 34,0 | 37,8 | 43,0 | 52,7 | 34,7 | 13,4 |
| Salvador | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,7 | 36,1 | 19,9 | 40,7 |
| Belo Horizonte | 9,3 | 9,3 | 10,2 | 8,5 | 2,4 | 2,6 | 6,5 | 15,6 | 10,9 | 12,1 |
| Vitória | 0,9 | 2,5 | 4,2 | 5,8 | 4,4 | 5,8 | 0,8 | 1,5 | 0,6 | 1,0 |
| Rio de Janeiro | 44,8 | 66,9 | 53,9 | 54,8 | 20,7 | 12,2 | 12,6 | 15,7 | 22,0 | 11,0 |
| São Paulo | 2,8 | 5,0 | 7,8 | 4,0 | 6,1 | 8,4 | 6,5 | 6,8 | 5,3 | 10,7 |
| Curitiba | 12,9 | 8,6 | 8,6 | 8,7 | 9,2 | 8,1 | 4,4 | 6,5 | 6,1 | 11,6 |
| Florianópolis | 3,3 | 6,1 | 5,8 | 5,2 | 1,4 | 2,7 | 1,9 | 6,7 | 6,3 | 5,4 |
| Porto Alegre | 9,5 | 12,1 | 27,5 | 10,6 | 2,2 | 6,2 | 4,5 | 3,7 | 3,8 | 3,7 |
| Goiânia | 8,7 | 8,4 | 11,3 | 15,3 | 20,3 | 16,8 | 16,6 | 20,0 | 11,0 | 3,2 |
| Brasília | 11,9 | 17,0 | 16,1 | 15,4 | 9,0 | 8,1 | 7,4 | 10,9 | 10,2 | 10,0 |

A tabela 3 apresenta a distribuição dos óbitos por homicídios, mostrando a elevada proporção de armas de fogo não especificadas, chegando a 63,8% no ano 2000. A ausência da especificação do tipo de arma que causou o óbito impede o conhecimento sobre as armas mais utilizadas nesses crimes.

O Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, tem desenvolvido estudos voltados para a constituição de base de dados sobre armas de fogo registradas e acauteladas pelo estado. O Instituto de Estudos da Religião (Iser), em parceria com o Viva Rio e órgãos da área de Segurança Pública e Justiça do Rio de Janeiro, vem realizando, desde 2001, pesquisa sobre armas pequenas e leves. Um dos objetivos dessa pesquisa é a criação de tipologia de armas de fogo registradas e acauteladas, especificadas por tipo de arma, fabricante, país de origem, data de registro e acautelamento, calibre e marca (www.iser.org.br).

Tabela 3. Proporção de óbitos por causas externas segundo o meio utilizado. Brasil, 1996 a 2000

| Meio utilizado | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| X95 - Arma de fogo não especificadas | 56,4 | 54,8 | 58,6 | 59,3 | 63,8 |
| X99 - Objeto cortante ou penetrante | 13,2 | 13,8 | 11,8 | 11,8 | 12,3 |
| Y09 - Meios não especificados | 12,4 | 11,4 | 10,3 | 14,9 | 11,9 |
| Y00 - Objeto contundente | 11,0 | 14,8 | 13,1 | 7,7 | 4,5 |
| X93 - Arma de fogo de mão | 2,2 | 2,4 | 2,1 | 2,9 | 3,8 |
| X91 - Enforcam estrangula sufocação | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 0,9 | 1,0 |
| Y08 - Outros meios especificados | 2,1 | 0,1 | 1,6 | 0,8 | 0,9 |
| X94 - Arma fogo de maior calibre | 0,4 | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 0,5 |
| Y04 - Força corporal | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,5 |
| X97 - Fumaça fogo e chamas | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Y07 - Outras síndromes de maus tratos | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 |
| X92 - Afogamento e submersão | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Demais causas de agressões | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,2 |
| Nº Total | 38894 | 34386 | 41916 | 42914 | 45343 |

A tabela 4 mostra a elevada proporção de acidentes de trânsito não especificados, mais de 50% em 1996 e 1997. Esse dado revela deficiência no preenchimento da DO e no processo de codificação da informação sobre a causa básica de morte no caso de um acidente de trânsito. Apesar da pouca precisão, a distribuição dos óbitos segundo as causas específicas evidencia a importância do atropelamento no quadro da mortalidade por acidente de trânsito, em torno de 30% no período estudado. Houve pequena redução dessas proporções nos anos de 1999 e 2000.

As lacunas e imprecisões nas informações vêm dificultando a tomada de medidas adequadas para prevenção e redução dos acidentes de trânsito. Para alguns especialistas, a falta de dados estatísticos confiáveis impossibilita o conhecimento e a delimitação dos problemas, o que é acrescido pela falta de entrosamento das instituições: Polícia Rodoviária e Militar, hospitais e IML, para a construção de um banco de dados fidedigno (Branco, 2003).

Tabela 4. Proporção de óbitos por causas externas segundo o tipo de acidente de trânsito, Brasil, 1996 a 2000

| Tipo de acidente de trânsito | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| V01-V09 Pedestre | 30,0 | 29,6 | 34,7 | 31,1 | 26,8 |
| V10-V19 Ciclista | 0,9 | 1,2 | 1,2 | 1,8 | 2,7 |
| V20-V29 Motociclista | 2,2 | 2,9 | 3,3 | 5,4 | 8,8 |
| V30-V39 Ocupante de triciclo | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 |
| V40-V49 Ocupante de carro | 11,9 | 12,1 | 12,1 | 16,3 | 19,1 |
| V50-V59 Ocupante de caminhonete | 0,1 | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,5 |
| V60-V69 Ocupante veículo pesado | 1,0 | 0,9 | 0,8 | 1,0 | 1,6 |
| V70-V79 Ocupante de ônibus | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,3 | 0,4 |
| V80-V88 Outros acid de transporte | 1,0 | 0,7 | 0,8 | 0,6 | 0,7 |
| V89Acid veículo não especificado | 52,7 | 52,1 | 46,5 | 43,2 | 39,3 |
| Nº Total | 31245 | 30534 | 29206 | 27408 | 26297 |

A tabela 5 analisa a qualidade do preenchimento das variáveis selecionadas, comparando esse padrão entre as causas externas e as causas naturais no período de 1991 a 2000. Essas variáveis são básicas e essenciais para a configuração de perfis epidemiológicos. Ressalta-se que existem graves problemas de qualidade da informação, o que se verifica pelo alto percentual de dados ignorados em algumas variáveis nas duas causas de morte, mas sobretudo nas causas externas.

Embora a inclusão da variável raça/cor na DO só tenha acontecido em 1996, nota-se que a ausência dessa informação é elevada, representando mais de 40% para as causas externas e causas naturais no período. Como constata Oliveira (2002), no Relatório Saúde da População Negra no Brasil, publicado pela Opas, não existem informações disponíveis sobre a dimensão da violência a partir do recorte racial. A autora critica a precariedade dos dados policiais, a falta de comparabilidade das fontes, o pouco destaque desse item nas políticas de redução da morbimortalidade por acidentes e violências do Ministério da Saúde e a escassez de trabalhos sobre essa questão. O estudo de Soares (1996) no Município do Rio de Janeiro, reconhecido como um dos poucos trabalhos com esse enfoque, apontou uma maior vitimização de pessoas negras por homicídios dolosos no ano de 1992, chegando a quase 70% em alguns bairros da cidade, embora a população negra representasse somente 18,8%. Oliveira (2002, p. 181) recomenda que o recorte racial/étnico seja contemplado “em todas as ações de atenção às pessoas em situação de violência”. No caso da violência de gênero, essa autora comenta que a construção de uma política nacional de atenção à violência doméstica sexual necessita explicitar a questão das mulheres vítimas de racismo.

Também é significativa a proporção de dados ignorados para a variável escolaridade entre as causas externas (57,0%), principalmente quando se sabe por outras fontes que no caso das vítimas de violência ele é muito baixo (nenhum ou Ensino Fundamental incompleto). Pode-se pressupor que esses 57,0% de dados ignorados tenham as mesmas características.

O percentual de dados ignorados da variável ocupação mantém o mesmo padrão de semelhança para as causas externas e causas naturais (25,5%) na referida década. Ressalta-se que as análises que utilizam esse dado apontam que as vítimas da violência têm baixa qualificação profissional. Embora seja pequena a frequência de dado ignorado para a variável idade referente às causas externas, seu percentual é quase cinco vezes maior do que nas informações sobre causas naturais. Em relação à variável atestante, o percentual verificado deve ser considerado elevado, uma vez que, por lei, todas as mortes violentas deveriam ser atestadas por médico-legista (os IML foram responsáveis por 70% dos atestados nesse período).

Tabela 5. Proporção de dados ignorados, segundo causas de mortes. Brasil, 1991 a 2000

| Variáveis | Causas externas | | Causas naturais ¹ | |
|---------------------------|-----------------|--------------|------------------------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Sexo | 1572 | 0,1 | 39166 | 0,6 |
| Idade | 30481 | 2,8 | 62980 | 0,1 |
| Estado civil | 111543 | 10,1 | 437879 | 6,9 |
| Escolaridade ² | 621251 | 57,0 | 3139191 | 50,2 |
| Raça/cor ³ | 246714 | 42,6 | 1502587 | 45,3 |
| Ocupação ⁴ | 281747 | 25,5 | 1426364 | 22,5 |
| Atestante | 174638 | 15,8 | 1363154 | 21,5 |
| Total | 1106106 | 100,0 | 6329920 | 100,0 |

Notas:

1. Excluídas as causas mal definidas.

2. Excluídos os menores de 5 anos

3. A variável raça/cor foi implantada no SIM em 1996. Nesse ano o percentual de informação ignorada foi superior a 90%, em ambas as causas de morte.

4. Excluídos os menores de 15 anos.

A tabela 6 apresenta a proporção de dados ignorados dos óbitos por causas externas segundo capitais brasileiras. De maneira geral, as informações sobre sexo e idade são de melhor qualidade. As características relacionadas à escolaridade, raça/cor e ocupação habitual podem ser extraídas diretamente da Declaração de Óbito, sendo habitualmente utilizadas para indicar a condição social do falecido. Infelizmente, não é possível fazer nenhum tipo de inferência com esse tipo de dado, em virtude da elevadíssima proporção de informação ignorada em todas as capitais brasileiras. Essa constatação reforça a hipótese de que, em muitas localidades, com exceção das variáveis sexo e idade, as demais informações sobre as características pessoais não são sequer preenchidas. A insuficiente caracterização das vítimas de violência demonstra a existência de uma sub-representação desse grupo de causa no quadro geral da mortalidade no País.

Tabela 6. Proporção de dados ignorados dos óbitos por causas externas, segundo capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | sexo | idade | estado civil | escolaridade ¹ | raça/cor ² | ocupação ³ |
|---------------------|------|-------|--------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Norte | | | | | | |
| Porto Velho | 0,3 | 1,4 | 20,8 | 72,5 | 47,3 | 48,6 |
| Rio Branco | 0,4 | 0,8 | 8,1 | 74,5 | 62,7 | 26,6 |
| Manaus | 0,2 | 1,4 | 13,0 | 41,8 | 24,0 | 22,5 |
| Boa Vista | 0,3 | 1,5 | 7,0 | 35,6 | 36,2 | 19,1 |
| Belém | 0,0 | 2,3 | 3,1 | 39,7 | 42,9 | 21,8 |
| Macapá | 0,1 | 1,4 | 2,4 | 29,3 | 30,1 | 18,7 |
| Palmas | 0,2 | 2,5 | 23,0 | 72,7 | 37,3 | 38,0 |
| Nordeste | | | | | | |
| São Luís | 0,2 | 2,3 | 7,0 | 31,9 | 31,3 | 21,6 |
| Teresina | 0,3 | 1,0 | 5,0 | 40,3 | 31,2 | 27,9 |
| Fortaleza | 0,2 | 0,6 | 2,1 | 49,5 | 59,2 | 23,7 |
| Natal | 0,4 | 0,8 | 3,9 | 39,7 | 36,1 | 21,0 |
| João Pessoa | 0,3 | 0,3 | 4,6 | 52,3 | 72,4 | 31,6 |
| Recife | 0,1 | 2,3 | 34,1 | 90,3 | 58,6 | 24,9 |
| Maceió | 0,2 | 1,8 | 4,5 | 70,8 | 50,6 | 14,6 |
| Aracaju | 0,9 | 3,6 | 21,5 | 75,0 | 63,2 | 44,7 |
| Salvador | 0,4 | 3,8 | 9,0 | 50,3 | 68,8 | 34,2 |
| Sudeste | | | | | | |
| Belo Horizonte | 0,1 | 0,4 | 3,9 | 37,7 | 28,7 | 20,1 |
| Vitória | 0,0 | 0,9 | 4,6 | 65,8 | 61,3 | 15,4 |
| Rio de Janeiro | 0,1 | 1,2 | 3,2 | 58,5 | 35,9 | 16,3 |
| São Paulo | 0,0 | 1,4 | 5,8 | 36,3 | 31,1 | 16,4 |
| Sul | | | | | | |
| Curitiba | 0,2 | 2,3 | 11,3 | 51,6 | 47,0 | 21,1 |
| Florianópolis | 0,1 | 0,3 | 4,2 | 71,9 | 40,7 | 18,3 |
| Porto Alegre | 0,0 | 0,3 | 17,0 | 79,5 | 26,9 | 28,9 |
| Centro-Oeste | | | | | | |
| Campo Grande | 0,3 | 2,3 | 17,4 | 81,0 | 64,9 | 35,4 |
| Cuiabá | 0,2 | 2,3 | 18,7 | 80,1 | 28,2 | 31,7 |
| Goiânia | 0,1 | 2,0 | 6,5 | 89,2 | 65,8 | 25,6 |
| Brasília | 0,1 | 2,6 | 6,1 | 44,8 | 32,8 | 29,0 |

Notas: 1. Excluídos os menores de 5 anos

2. Raça/cor refere-se ao período 1996 a 2000.

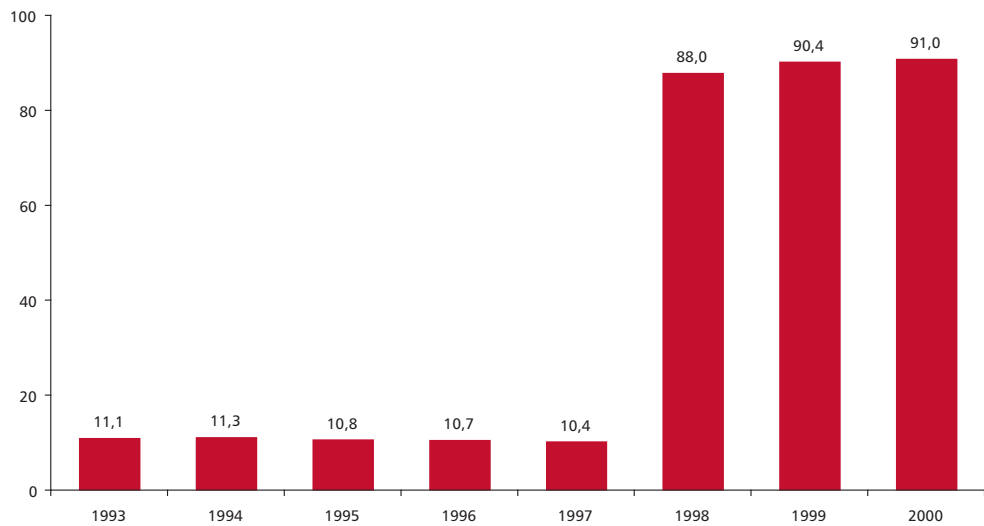
3. Excluídos os menores de 15 anos.

Morbidade

O gráfico 1 ilustra a mudança ocorrida no padrão de distribuição das internações por lesões e envenenamentos. A partir da publicação da Portaria GM nº 142, de 13 de novembro de 1997, tornou-se obrigatório o registro da causa externa (diagnóstico secundário) no caso de uma internação por causa violenta. Antes dessa portaria, a proporção de causas externas informadas era em torno de 10%, e surpreendentemente, a partir do ano de 1998, essa proporção superou os 80%.

Gráfico 1

Distribuição das internações por lesões e envenenamentos com diagnóstico secundário informado. Brasil, 1993 a 2000



Com relação à qualidade do preenchimento do diagnóstico principal, observa-se que nas cidades de Belém (37,4%), Cuiabá (23,9%), Brasília (23,8%), São Luís (18,6%) e Manaus (16,6%) foram usados erroneamente códigos do capítulo XX (causas externas) da CID para identificar as internações por lesões e envenenamentos, contrariando as regras de codificação¹ (tabela 7).

Ao verificar qual o tipo de causa externa é freqüentemente registrada como diagnóstico principal, nota-se que, de modo geral, os códigos usados seguem o mesmo perfil das internações por lesões e envenenamentos de cada localidade.

¹ Segundo as regras internacionais, na morbidade por causas violentas, deve-se usar categorias do capítulo XIX (Lesões e envenenamentos CID-10) para o registro do diagnóstico principal, dando prioridade à natureza da lesão. No diagnóstico secundário, deve-se usar categorias do capítulo XX (causas externas CID-10) identificando o tipo de acidente ou violência que causou aquela lesão (OMS, 1996).

Tabela 7. Distribuição das internações por lesões e envenenamentos, segundo a classificação do diagnóstico principal. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Diagnóstico principal | | |
|---------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| | Classificado corretamente (Cap 19) | Classificado erradamente (Cap 20) | Total de internações |
| Norte | | | |
| Porto Velho | 96,9 | 3,1 | 2339 |
| Rio Branco | 99,1 | 0,9 | 1969 |
| Manaus | 83,4 | 16,6 | 6799 |
| Boa Vista | 94,1 | 5,9 | 286 |
| Belém | 62,6 | 37,4 | 13171 |
| Macapá | 97,9 | 2,1 | 1451 |
| Palmas | 100,0 | 0,0 | 2216 |
| Nordeste | | | |
| São Luís | 81,4 | 18,6 | 10543 |
| Teresina | 89,3 | 10,7 | 4198 |
| Fortaleza | 94,1 | 5,9 | 16295 |
| Natal | 96,8 | 3,2 | 2901 |
| João Pessoa | 99,0 | 1,0 | 4616 |
| Recife | 98,6 | 1,4 | 12936 |
| Maceió | 92,7 | 7,3 | 6390 |
| Aracaju | 94,5 | 5,5 | 7841 |
| Salvador | 95,3 | 4,7 | 12716 |
| Sudeste | | | |
| Belo Horizonte | 99,1 | 0,9 | 22683 |
| Vitória | 94,7 | 5,3 | 4470 |
| Rio de Janeiro | 88,5 | 11,5 | 20645 |
| São Paulo | 96,9 | 3,1 | 40376 |
| Sul | | | |
| Curitiba | 94,9 | 5,1 | 12930 |
| Florianópolis | 99,6 | 0,4 | 1987 |
| Porto Alegre | 98,6 | 1,4 | 15638 |
| Centro-Oeste | | | |
| Campo Grande | 100,0 | 0,0 | 5412 |
| Cuiabá | 76,1 | 23,9 | 3913 |
| Goiânia | 96,6 | 3,4 | 10851 |
| Brasília | 76,2 | 23,8 | 11157 |

Quanto à qualidade do preenchimento do diagnóstico secundário, além do erro de codificação, existem os casos de não preenchimento do campo. Em Belém, 17,8% das internações por lesões e envenenamentos tiveram o diagnóstico secundário classificado erradamente e 19,6% ficaram em branco, representando quase 40% de informações perdidas. Na Cidade de São Luís, o diagnóstico secundário ficou em branco em 18,5% dos casos. Em Cuiabá, o diagnóstico secundário foi classificado erradamente em 20,2% das internações. O não preenchimento do diagnóstico secundário ou seu preenchimento errado são os principais fatores responsáveis pela má qualidade da informação sobre morbidade, impossibilitando a identificação do tipo de acidente e violência que ocasionou essas lesões (tabela 8).

Tabela 8. Distribuição das internações por lesões e envenenamentos, segundo a classificação do diagnóstico secundário. Capitais brasileiras, 2000

| Capital | Diagnóstico secundário | | | Total de internações |
|---------------------|------------------------------------|---|------------------|----------------------|
| | Classificado corretamente (Cap 20) | Classificado erradamente (Cap 19 e/ou outros cap) | Não Classificado | |
| Norte | | | | |
| Porto Velho | 97,0 | 1,1 | 1,9 | 2339 |
| Rio Branco | 99,2 | 0,1 | 0,8 | 1969 |
| Manaus | 83,5 | 0,0 | 16,5 | 6799 |
| Boa Vista | 94,1 | 3,8 | 2,1 | 286 |
| Belém | 62,6 | 17,8 | 19,6 | 13171 |
| Macapá | 97,9 | 1,2 | 1,0 | 1451 |
| Palmas | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 2216 |
| Nordeste | | | | |
| São Luís | 81,5 | 0,0 | 18,5 | 10543 |
| Teresina | 89,4 | 4,4 | 6,2 | 4198 |
| Fortaleza | 94,8 | 0,0 | 5,2 | 16295 |
| Natal | 96,9 | 2,1 | 1,0 | 2901 |
| João Pessoa | 99,2 | 0,0 | 0,7 | 4616 |
| Recife | 98,6 | 0,0 | 1,4 | 12936 |
| Maceió | 92,8 | 1,5 | 5,7 | 6390 |
| Aracaju | 95,8 | 0,1 | 4,1 | 7841 |
| Salvador | 95,4 | 3,6 | 1,0 | 12716 |
| Sudeste | | | | |
| Belo Horizonte | 99,2 | 0,2 | 0,6 | 22683 |
| Vitória | 94,7 | 2,7 | 2,6 | 4470 |
| Rio de Janeiro | 89,4 | 1,2 | 9,4 | 20645 |
| São Paulo | 97,0 | 1,5 | 1,6 | 40376 |
| Sul | | | | |
| Curitiba | 95,0 | 4,3 | 0,8 | 12930 |
| Florianópolis | 99,6 | 0,0 | 0,4 | 1987 |
| Porto Alegre | 98,6 | 0,8 | 0,6 | 15638 |
| Centro-Oeste | | | | |
| Campo Grande | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 5412 |
| Cuiabá | 76,2 | 20,2 | 3,7 | 3913 |
| Goiânia | 96,6 | 0,2 | 3,2 | 10851 |
| Brasília | 78,0 | 9,7 | 12,3 | 11157 |

Conclusões

A partir da base de dados do SIM, é possível conhecer o perfil de mortalidade por causas externas da população em geral. Porém, existem problemas estruturais, funcionais, culturais e regionalmente diferenciados e específicos em relação à qualidade dos dados, como ficou evidenciado neste trabalho.

Houve melhoria da qualidade das informações sobre violências e acidentes entre as décadas de 80 e 90, no Brasil e em algumas capitais brasileiras. Tal resultado se deve principalmente ao esforço de busca ativa dos dados pelas secretarias de saúde e à capacitação dos profissionais envolvidos no sistema de mortalidade, o que tem redundado no melhor esclarecimento desses eventos. É importante enfatizar que muitas das iniciativas para a melhoria da qualidade da informação sobre causas externas foram viabilizadas pelo processo de descentralização do Sistema de Informação sobre Mortalidade.

A significativa melhoria da informação sobre mortalidade por causas externas em algumas capitais, como Rio de Janeiro e Recife, deveu-se principalmente à iniciativa das Secretarias Municipais de Saúde de buscar articulação com o setor de Segurança Pública. Pode-se citar ainda as cidades como exemplos positivos, Vitória e Porto Alegre, dentre outras, que também vêm investindo na melhoria da construção dos dados. A análise aponta que as cidades de Natal, Salvador, São Luís, Aracaju e Rio Branco têm ainda sérios problemas na qualidade de suas informações.

Alguns campos da DO apresentaram grande proporção de informação ignorada, principalmente os que se referem às variáveis escolaridade, raça/cor e ocupação habitual tanto para o Brasil quanto para as capitais. A ausência desses dados prejudica gravemente o conhecimento das características das vítimas, tão necessário para traçar propostas específicas de vigilância, prevenção e proteção. Apesar das limitações apresentadas, considera-se o preenchimento das variáveis sexo e idade adequado para o desenho do perfil da população mais vitimizada que tem sido os jovens do sexo masculino.

Sendo o Instituto Médico-Legal (IML) a instituição responsável pela emissão das Declarações dos Óbitos por causas externas, fica evidente a necessidade de treinamento de seus profissionais, em especial do médico-legista, visando a sensibilizá-lo para o correto e consciente preenchimento desse instrumento. Porém, capacitar o profissional para produzir informação qualificada não é suficiente, uma vez que existe a necessidade de melhorar suas condições de trabalho. Aldé (2003) ao analisar a situação do Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, por exemplo, percebeu que as condições de trabalho dessa instituição são de uma precariedade extrema, dificultando o exercício de tarefas cotidianas essenciais. Esse estudo identificou a necessidade de reformas na estrutura física; de novos móveis; de materiais para necropsia e de escritório; produtos químicos para o laboratório; uniformes e equipamentos de segurança. Faltam capacitação permanente e assistência psicológica a esses profissionais. Se o estudo de caso, efetuado no Rio de Janeiro, revela esse nível de precariedade, a hipótese é de que, salvo alguma exceção, a maioria desses serviços públicos no País encontra-se em condições similares, o que dificulta o cumprimento de sua função com a qualidade esperada.

É necessário ressaltar a importância da plena capacitação dos codificadores para o uso da CID e a seleção da causa básica de morte. No processo de codificação, é possível identificar pelas regras aprovadas pela Assembléia Mundial de Saúde as prováveis circunstâncias de morte, mesmo quando essas não são informadas. Havendo a descrição do evento no campo 59 da DO, destinado à descrição sumária do evento, o codificador poderá selecionar a causa a fim de introduzir os dados no SIM.

Com relação às informações sobre morbidade hospitalar, sabe-se que apenas uma parte das conseqüências das agressões e dos traumas é computada pelas estatísticas em função das limitações do SIH-SUS que não incluem os muitos casos atendidos nas emergências, pronto-socorros e as internações ocorridas em unidades de saúde não conveniadas ao SUS. Também não estão incluídas nessas estatísticas e na maioria das vezes nem mesmo denunciadas às autoridades públicas as agressões dirigidas às crianças, às mulheres e aos idosos.

A publicação da Portaria GM n.o 142, de 1997, tem contribuído para o melhor esclarecimento das circunstâncias dos acidentes e das violências, na medida em que exige o registro do diagnóstico secundário. Seu cumprimento passou a esclarecer melhor 80% das internações por essas causas. No entanto, ainda é freqüente em algumas localidades o erro de codificação ou o não preenchimento do diagnóstico secundário, prejudicando, assim, a análise do tipo de acidente ou violência que motivou aquela internação. No que se refere ao diagnóstico principal, os problemas identificados evidenciam a falta de treinamento e desconhecimento das regras de codificação para as internações por causas violentas.

Ressalta-se, ainda, que há pouca consciência dos profissionais que lidam com dados e notificações sobre morbimortalidade por acidentes e violências em relação a essa tarefa tão fundamental para a intervenção em problemas concretos. A melhoria da informação sobre essas causas permite formular políticas públicas bem delineadas e direcionadas e estabelecer prioridades. O País também precisa investir na criação de bases de registros de eventos sobre os quais ainda existe um desconhecimento enorme, como a violência intrafamiliar, aí incluídas as agressões físicas, psicológicas e sexuais contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Entende-se que a informação é um direito de todos os cidadãos, de forma que sua produção não pode ficar restrita e servir apenas às instituições que a geraram ou ao meio acadêmico e científico. Seu uso social contribui para o conhecimento dos agravos à saúde da população, oferecendo instrumentos que contribuem para a transformação da sociedade e o crescimento da cidadania.

Referências Bibliográficas

ALDÉ, L. *Ossos do ofício: processo de trabalho e percepções de saúde no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. Causa básica da morte por causas externas: validação dos dados oficiais em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica/Pam Am J Public Health*, [S.l.], n. 9, p. 84-93, 2001.

BRANCO, A. G. A falta de estatísticas confiáveis dificulta a formatação de políticas públicas para solucionar os problemas do trânsito. *Revista da ABRAMET*, [S.l.], n. 21, p. 33, 2003.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES). Morbimortalidade por causas violentas no Brasil, 1999. *Boletim CLAVES/ CENEPI*, v. 3, 2001. Disponível em: <<http://www.claves.fiocruz.br>>.

———. Morbimortalidade de jovens por causas violentas no Brasil: uma análise dos anos 90. *Boletim CLAVES/CENEPI*, v. 1, 2001a. Disponível em: <<http://www.claves.fiocruz.br>>.

D'AVILA, A. M. M. P. *Estudo dos sistemas de informações em morbimortalidade por causas externas no município de Ribeirão Preto*. Dissertação (Mestrado em Medicina)–Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, 1997.

DRUMOND JÚNIOR, M. et al. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos de intenção indeterminada. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 33, p. 273-280, 1999.

GAWRYSZEWSKI, V. P. *A mortalidade por causas externas no município de São Paulo, 1991*. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

INSTITUTO DE ESTUDOS DA RELIGIÃO (ISER). Disponível em: <<http://www.iser.org.br>>. Acesso em: 20 fev. 2004.

KFOURI, E. V.; NOSOW, E.; HORTA FILHO, H. C. A qualidade das informações sobre vítimas fatais em acidentes de trânsito. *Revista da ABRAMET*, [S.l.], v. 33/34, p. 38-43, 2000.

LEBRÃO, M. L.; JORGE, M. H. P. MELLO.; LAURENTI, R. II – Morbidade por lesões e envenenamentos. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, p. 26-37, 1997. Suplemento 4.

MACHADO, J. M. H. *Violência no trabalho e na cidade: epidemiologia da mortalidade por acidente de trabalho registrada no município do Rio de Janeiro em 1987 e 1988*.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

MATHIAS, T. A. F.; SOBOLL, M. L. M. S. Confiabilidade de diagnóstico nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 32, p. 526-37, 1998.

JORGE, M. H. P. MELLO; GOTLIEB, S. L. D. *As condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

JORGE, M. H. P. MELLO; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. D. O. Análise dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 31, p. 5-25, 1997. Suplemento 4.

JORGE, M. H. P. MELLO; CASCAÃO, A. M.; SILVA, R. C. *Acidentes e violências: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação*. São Paulo: MS/USP/OPS, 2003. (Série divulgação, v.10).

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

NJAINE, K.; SOUZA, E. R. Informação e comunicação sobre violência: instrumentos para a cidadania. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 269-282.

NJAINE, K. et al. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 13, p. 415-414, 1997.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra: Brasil, ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/default2.cfm>>. Acesso em: 12 jan. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10. rev. São Paulo: EDUSP, 1996. v. 1.

REIS, A. C. G. V. *Mortalidade por causas mal definidas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro de 1980 a 1995*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

SIMÕES, E. M. S.; REICHENHEIM, M. Confiabilidade das informações de causa básica nas declarações de óbito por causas externas em menores de 18 anos no Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 521-531, 2001.

SIMPLÍCIO, A. M. et al. Qualificação das bases de dados sobre mortalidade por causas violentas: recuperação das informações a partir do Sistema de Registros de Ocorrência da Polícia Civil na cidade do Rio de Janeiro, 2001. In: EXPOEPI (MOSTRA NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS EM EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS), 2., Brasília. *Resumo dos trabalhos apresentados*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, 2003. p. 83-84.

SOARES, L. E. *Violência e política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

SOUZA, E. R. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da Saúde Pública. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 255-273.

SOUZA, E. R., NJAINE, K.; MINAYO, M. C. S. Qualidade da informação sobre violência: um caminho para construção da cidadania. *Informare - Cad. Prog. Pós-Grad. Ci. Inf.*, [S.l.], v. 2, p. 104-112, 1996.

SOUZA, E. R. et al. Padrão de mortalidade por homicídios no Brasil: 1980 a 2000. *Boletim CLAVES/CENEPI*, [S.l.], v. 7, 2002. Disponível em: <<http://www.claves.fiocruz.br>>.

VERAS, C. M. T.; MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 339-55, 1994.

Anexo 10

Tabela 82. Proporção de informação ignorada quanto à escolaridade nos óbitos por causas externas. Capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Porto Velho | 52,2 | 44,9 | 62,0 | 63,5 | 68,5 | 88,2 | 87,7 | 93,9 | 81,9 | 80,7 |
| Rio Branco | 86,3 | 83,8 | 78,4 | 74,7 | 89,3 | 90,2 | 86,1 | 83,7 | 38,7 | 22,1 |
| Manaus | 33,6 | 24,4 | 19,2 | 17,2 | 23,9 | 87,6 | 87,0 | 88,9 | 12,3 | 9,5 |
| Boa Vista | 19,3 | 6,8 | 17,3 | 22,8 | 47,7 | 71,7 | 70,5 | 82,1 | 6,4 | 5,2 |
| Belém | 29,9 | 9,6 | 1,0 | 5,4 | 1,9 | 70,3 | 74,0 | 72,7 | 56,2 | 56,4 |
| Macapá | 8,6 | 1,3 | 6,0 | 9,1 | 5,7 | 79,2 | 74,3 | 78,8 | 3,4 | 6,7 |
| Palmas | 14,3 | 61,5 | 72,0 | 81,4 | 73,5 | 81,6 | 81,1 | 75,0 | 78,3 | 63,2 |
| São Luís | 9,2 | 10,6 | 8,7 | 8,0 | 22,1 | 74,9 | 67,9 | 66,5 | 14,1 | 14,0 |
| Teresina | 30,3 | 30,1 | 20,9 | 28,5 | 28,5 | 74,9 | 70,0 | 78,3 | 17,7 | 19,4 |
| Fortaleza | 10,0 | 13,1 | 12,7 | 26,0 | 23,8 | 76,5 | 81,8 | 89,7 | 66,3 | 68,3 |
| Natal | 3,1 | 3,8 | 5,0 | 13,1 | 22,7 | 77,8 | 76,8 | 74,6 | 51,1 | 51,9 |
| João Pessoa | 1,4 | 21,7 | 12,7 | 27,7 | 40,1 | 82,4 | 77,4 | 99,4 | 82,4 | 56,0 |
| Recife | 91,1 | 82,5 | 63,6 | 87,6 | 92,9 | 96,6 | 97,5 | 97,6 | 94,8 | 93,2 |
| Maceió | 61,8 | 63,7 | 41,0 | 56,2 | 55,9 | 94,3 | 93,1 | 92,2 | 68,0 | 78,3 |
| Aracaju | 48,6 | 64,6 | 47,8 | 63,9 | 73,6 | 98,6 | 95,8 | 92,1 | 86,2 | 84,6 |
| Salvador | 7,5 | 8,6 | 16,1 | 72,3 | 16,4 | 85,2 | 88,2 | 90,2 | 88,6 | 11,9 |
| Belo Horizonte | 11,2 | 9,7 | 12,1 | 11,2 | 12,6 | 76,0 | 72,9 | 78,1 | 68,9 | 7,4 |
| Vitória | 46,4 | 43,0 | 41,0 | 52,2 | 56,2 | 86,8 | 86,7 | 91,1 | 75,2 | 74,6 |
| Rio de Janeiro | 33,4 | 52,5 | 61,3 | 60,5 | 50,1 | 83,6 | 81,0 | 91,8 | 43,4 | 20,4 |
| São Paulo | 4,7 | 4,6 | 4,4 | 10,3 | 25,2 | 83,8 | 84,1 | 85,5 | 24,5 | 16,1 |
| Curitiba | 47,7 | 33,9 | 44,5 | 33,1 | 35,3 | 83,3 | 85,3 | 83,4 | 43,1 | 21,2 |
| Florianópolis | 51,4 | 66,4 | 59,2 | 54,3 | 73,0 | 81,3 | 90,9 | 88,7 | 78,8 | 70,0 |
| Porto Alegre | 65,7 | 68,9 | 70,4 | 77,2 | 87,2 | 89,8 | 92,5 | 92,2 | 86,2 | 64,8 |
| Campo Grande | 57,8 | 65,5 | 85,0 | 87,2 | 88,9 | 95,3 | 92,8 | 92,0 | 75,8 | 56,4 |
| Cuiabá | 96,6 | 93,7 | 95,4 | 92,9 | 92,6 | 97,2 | 97,2 | 92,6 | 59,3 | 11,5 |
| Goiânia | 68,9 | 78,1 | 80,7 | 87,3 | 92,3 | 97,1 | 96,5 | 98,2 | 95,1 | 95,3 |
| Brasília | 25,4 | 22,9 | 35,6 | 29,5 | 49,9 | 71,5 | 70,8 | 72,6 | 33,3 | 29,9 |

Tabela 83. Proporção de informação ignorada quanto à ocupação nos óbitos por causas externas. Capitais brasileiras, 1991 a 2000

| Capitais | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Porto Velho | 47,1 | 26,7 | 34,8 | 26,2 | 21,1 | 17,9 | 38,6 | 47,4 | 78,6 | 99,5 |
| Rio Branco | 16,5 | 14,4 | 23,6 | 14,8 | 24,2 | 41,2 | 31,2 | 28,8 | 32,7 | 40,2 |
| Manaus | 37,6 | 27,4 | 27,1 | 21,9 | 25,1 | 17,9 | 19,8 | 17,8 | 16,4 | 17,3 |
| Boa Vista | 14,6 | 13,2 | 23,8 | 25,7 | 25,6 | 17,1 | 17,7 | 17,8 | 18,1 | 17,9 |
| Belém | 24,4 | 25,3 | 21,8 | 21,8 | 25,2 | 17,6 | 21,6 | 17,4 | 20,0 | 23,3 |
| Macapá | 16,3 | 13,6 | 20,9 | 19,2 | 12,6 | 11,6 | 11,3 | 15,0 | 22,7 | 39,0 |
| Palmas | 16,7 | 33,3 | 21,7 | 43,2 | 37,2 | 27,3 | 85,4 | 40,7 | 33,8 | 26,0 |
| São Luís | 26,8 | 25,1 | 21,3 | 21,9 | 24,7 | 21,9 | 23,5 | 17,9 | 16,9 | 16,3 |
| Teresina | 25,4 | 20,0 | 21,5 | 20,7 | 18,4 | 15,8 | 18,0 | 19,6 | 51,9 | 55,2 |
| Fortaleza | 22,0 | 21,6 | 26,2 | 20,0 | 21,4 | 19,3 | 17,3 | 37,8 | 29,2 | 24,0 |
| Natal | 20,3 | 14,7 | 14,5 | 17,4 | 19,5 | 26,5 | 17,3 | 23,9 | 26,9 | 26,8 |
| João Pessoa | 18,8 | 18,8 | 19,9 | 21,5 | 20,5 | 88,5 | 30,6 | 24,5 | 26,2 | 31,2 |
| Recife | 23,0 | 26,0 | 20,8 | 20,5 | 23,3 | 23,7 | 21,8 | 22,9 | 40,0 | 26,3 |
| Maceió | 16,8 | 14,3 | 15,3 | 12,4 | 15,8 | 13,7 | 16,1 | 11,3 | 21,8 | 9,1 |
| Aracaju | 39,4 | 39,9 | 28,7 | 45,3 | 45,5 | 96,4 | 55,2 | 28,4 | 36,7 | 33,3 |
| Salvador | 20,5 | 33,1 | 85,9 | 28,3 | 23,1 | 22,3 | 18,2 | 17,7 | 33,1 | 62,3 |
| Belo Horizonte | 17,8 | 19,0 | 17,4 | 19,6 | 20,5 | 17,8 | 18,3 | 16,5 | 19,0 | 34,3 |
| Vitória | 12,7 | 12,0 | 17,5 | 18,2 | 10,6 | 14,9 | 14,0 | 13,5 | 22,7 | 17,5 |
| Rio de Janeiro | 17,1 | 16,5 | 16,9 | 16,7 | 19,3 | 16,4 | 14,8 | 14,5 | 15,9 | 14,4 |
| São Paulo | 13,7 | 12,9 | 13,1 | 13,9 | 20,0 | 20,4 | 19,3 | 19,6 | 17,9 | 10,8 |
| Curitiba | 25,8 | 22,2 | 24,2 | 20,4 | 22,8 | 19,4 | 16,5 | 20,6 | 19,4 | 21,2 |
| Florianópolis | 20,8 | 19,8 | 22,8 | 18,3 | 20,2 | 12,0 | 16,0 | 16,8 | 14,5 | 23,0 |
| Porto Alegre | 27,6 | 33,7 | 34,3 | 37,7 | 29,0 | 31,1 | 29,2 | 23,9 | 21,9 | 20,4 |
| Campo Grande | 32,7 | 33,4 | 43,0 | 38,9 | 41,9 | 36,9 | 36,5 | 31,2 | 30,9 | 26,8 |
| Cuiabá | 22,8 | 18,1 | 16,8 | 16,8 | 21,9 | 71,3 | 59,8 | 36,5 | 22,6 | 23,8 |
| Goiânia | 19,7 | 22,9 | 25,9 | 23,6 | 20,9 | 23,5 | 22,0 | 24,7 | 51,9 | 20,5 |
| Brasília | 20,0 | 21,0 | 90,1 | 21,5 | 21,8 | 19,7 | 18,8 | 21,5 | 24,0 | 33,0 |

Tabela 84. Proporção de informação ignorada quanto à raça/cor nos óbitos por causas externas. Capitais brasileiras, 1996 a 2000

| Capitais | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|----------------|-------|------|------|------|------|
| Porto Velho | 100,0 | 53,3 | 52,6 | 35,0 | 19,1 |
| Rio Branco | 100,0 | 81,0 | 71,9 | 43,3 | 8,0 |
| Manaus | 100,0 | 8,0 | 8,7 | 3,3 | 2,4 |
| Boa Vista | 100,0 | 83,4 | 4,3 | 7,6 | 2,9 |
| Belém | 99,9 | 49,0 | 29,0 | 19,2 | 13,9 |
| Macapá | 100,0 | 33,8 | 2,5 | 1,8 | 9,8 |
| Palmas | 100,0 | 55,9 | 32,3 | 31,5 | 8,2 |
| São Luís | 100,0 | 11,1 | 6,0 | 30,2 | 3,0 |
| Teresina | 100,0 | 13,6 | 15,3 | 12,1 | 21,9 |
| Fortaleza | 100,0 | 59,0 | 65,2 | 33,5 | 34,7 |
| Natal | 100,0 | 16,6 | 23,1 | 19,2 | 15,6 |
| João Pessoa | 100,0 | 74,7 | 97,9 | 72,5 | 17,0 |
| Recife | 100,0 | 84,1 | 70,6 | 32,1 | 4,6 |
| Maceió | 100,0 | 58,9 | 39,0 | 29,4 | 14,9 |
| Aracaju | 100,0 | 72,5 | 59,1 | 50,9 | 37,2 |
| Salvador | 100,0 | 90,6 | 86,3 | 49,3 | 9,3 |
| Belo Horizonte | 100,0 | 23,5 | 9,2 | 9,0 | 2,8 |
| Vitória | 100,0 | 62,7 | 66,7 | 43,9 | 31,6 |
| Rio de Janeiro | 99,9 | 18,4 | 15,0 | 16,9 | 3,1 |
| São Paulo | 80,4 | 65,6 | 3,3 | 2,4 | 0,9 |
| Curitiba | 99,6 | 71,9 | 26,6 | 21,6 | 7,0 |
| Florianópolis | 100,0 | 53,1 | 20,1 | 13,6 | 7,7 |
| Porto Alegre | 100,0 | 12,5 | 8,4 | 7,8 | 2,0 |
| Campo Grande | 99,6 | 98,9 | 94,4 | 12,2 | 4,1 |
| Cuiabá | 100,0 | 28,3 | 9,7 | 7,0 | 3,8 |
| Goiânia | 99,9 | 67,1 | 75,9 | 49,9 | 34,0 |
| Brasília | 99,9 | 23,2 | 16,6 | 13,6 | 4,5 |

Tabela 85. Proporção de óbitos por causas externas registradas como eventos com intenção indeterminada, segundo sexo e faixas etárias. Brasil, 2000

| Faixas etárias | Masculino | | Feminino | | Ignorado | | Total |
|----------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % | N | % | |
| 0-9 | 310 | 3,2 | 205 | 9,4 | 1 | 7,1 | 516 |
| 10-14 | 182 | 1,9 | 76 | 3,5 | 0 | 0,0 | 258 |
| 15-19 | 896 | 9,2 | 143 | 6,6 | 0 | 0,0 | 1039 |
| 20-29 | 2451 | 25,2 | 284 | 13,0 | 2 | 14,3 | 2737 |
| 30-39 | 1896 | 19,5 | 261 | 12,0 | 0 | 0,0 | 2157 |
| 40-49 | 1431 | 14,7 | 249 | 11,4 | 1 | 7,1 | 1681 |
| 50-59 | 834 | 8,6 | 174 | 8,0 | 1 | 7,1 | 1009 |
| 60-69 | 525 | 5,4 | 152 | 7,0 | 0 | 0,0 | 677 |
| 70+ | 607 | 6,2 | 570 | 26,1 | 0 | 0,0 | 1177 |
| Ign | 602 | 6,2 | 69 | 3,2 | 9 | 64,3 | 680 |
| Total | 9734 | 100,0 | 2183 | 100,0 | 14 | 100,0 | 11931 |

Tabela 86. Proporção de óbitos por causas externas registradas como eventos com intenção indeterminada, segundo sexo. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | Masculino | | Feminino | | Ignorado | | Total |
|----------------|-----------|-------|----------|------|----------|-----|-------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| Porto Velho | 24 | 88,9 | 3 | 11,1 | 0 | 0,0 | 27 |
| Rio Branco | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 |
| Manaus | 16 | 88,9 | 2 | 11,1 | 0 | 0,0 | 18 |
| Boa Vista | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 |
| Belém | 24 | 72,7 | 9 | 27,3 | 0 | 0,0 | 33 |
| Palmas | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 |
| São Luís | 62 | 80,5 | 15 | 19,5 | 0 | 0,0 | 77 |
| Teresina | 21 | 80,8 | 5 | 19,2 | 0 | 0,0 | 26 |
| Fortaleza | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 | 0 | 0,0 | 6 |
| Natal | 190 | 82,6 | 39 | 17,0 | 1 | 0,4 | 230 |
| Recife | 54 | 70,1 | 23 | 29,9 | 0 | 0,0 | 77 |
| Maceió | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | 0 | 0,0 | 3 |
| Aracaju | 39 | 75,0 | 13 | 25,0 | 0 | 0,0 | 52 |
| Salvador | 559 | 87,9 | 77 | 12,1 | 0 | 0,0 | 636 |
| Belo Horizonte | 138 | 74,6 | 47 | 25,4 | 0 | 0,0 | 185 |
| Vitória | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 |
| Rio de Janeiro | 496 | 80,4 | 119 | 19,3 | 2 | 0,3 | 617 |
| São Paulo | 885 | 80,2 | 219 | 19,8 | 0 | 0,0 | 1104 |
| Curitiba | 108 | 79,4 | 28 | 20,6 | 0 | 0,0 | 136 |
| Florianópolis | 11 | 91,7 | 1 | 8,3 | 0 | 0,0 | 12 |
| Porto Alegre | 24 | 70,6 | 10 | 29,4 | 0 | 0,0 | 34 |
| Campo Grande | 14 | 70,0 | 6 | 30,0 | 0 | 0,0 | 20 |
| Cuiabá | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | 0 | 0,0 | 3 |
| Goiânia | 20 | 76,9 | 6 | 23,1 | 0 | 0,0 | 26 |
| Brasília | 18 | 85,7 | 3 | 14,3 | 0 | 0,0 | 21 |

Tabela 87. Proporção de óbitos por causas externas registradas como eventos com intenção indeterminada, segundo faixas etárias. Capitais brasileiras, 2000

| Capitais | 0-9 | 10-14 | 15-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70 e + | Ign | Total |
|----------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------|-------|
| Porto Velho | 11,1 | 3,7 | 11,1 | 25,9 | 18,5 | 14,8 | 0,0 | 7,4 | 7,4 | 0,0 | 27 |
| Rio Branco | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 66,7 | 33,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 3 |
| Manaus | 11,1 | 0,0 | 5,6 | 22,2 | 38,9 | 11,1 | 5,6 | 0,0 | 5,6 | 0,0 | 18 |
| Boa Vista | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1 |
| Belém | 3,0 | 3,0 | 9,1 | 39,4 | 30,3 | 9,1 | 3,0 | 0,0 | 3,0 | 0,0 | 33 |
| Palmas | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 50,0 | 50,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2 |
| São Luís | 2,6 | 6,5 | 19,5 | 29,9 | 16,9 | 9,1 | 5,2 | 3,9 | 5,2 | 1,3 | 77 |
| Teresina | 3,8 | 3,8 | 0,0 | 30,8 | 11,5 | 15,4 | 7,7 | 3,8 | 23,1 | 0,0 | 26 |
| Fortaleza | 16,7 | 0,0 | 16,7 | 16,7 | 0,0 | 33,3 | 0,0 | 0,0 | 16,7 | 0,0 | 6 |
| Natal | 3,5 | 2,6 | 14,3 | 31,3 | 18,7 | 8,3 | 5,7 | 2,6 | 12,2 | 0,9 | 230 |
| Recife | 6,5 | 1,3 | 15,6 | 15,6 | 15,6 | 13,0 | 6,5 | 9,1 | 15,6 | 1,3 | 77 |
| Maceió | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 66,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 33,3 | 0,0 | 0,0 | 3 |
| Aracaju | 3,8 | 1,9 | 11,5 | 19,2 | 25,0 | 23,1 | 5,8 | 5,8 | 3,8 | 0,0 | 52 |
| Salvador | 1,9 | 1,7 | 13,5 | 38,5 | 20,0 | 10,7 | 6,1 | 3,1 | 4,4 | 0,0 | 636 |
| Belo Horizonte | 6,5 | 2,2 | 5,4 | 23,2 | 17,8 | 17,3 | 9,7 | 7,6 | 10,3 | 0,0 | 185 |
| Vitória | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 33,3 | 33,3 | 33,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 3 |
| Rio de Janeiro | 4,9 | 1,6 | 12,8 | 20,1 | 17,0 | 15,9 | 7,9 | 7,3 | 9,7 | 2,8 | 617 |
| São Paulo | 6,3 | 2,2 | 8,5 | 19,9 | 18,9 | 13,8 | 10,1 | 8,9 | 10,8 | 0,6 | 1104 |
| Curitiba | 4,4 | 3,7 | 11,8 | 21,3 | 14,7 | 17,6 | 11,0 | 3,7 | 5,1 | 6,6 | 136 |
| Florianópolis | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 66,7 | 16,7 | 0,0 | 8,3 | 8,3 | 0,0 | 0,0 | 12 |
| Porto Alegre | 8,8 | 5,9 | 2,9 | 11,8 | 17,6 | 20,6 | 8,8 | 8,8 | 14,7 | 0,0 | 34 |
| Campo Grande | 5,0 | 0,0 | 15,0 | 40,0 | 10,0 | 0,0 | 5,0 | 5,0 | 15,0 | 5,0 | 20 |
| Cuiabá | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 33,3 | 0,0 | 0,0 | 33,3 | 33,3 | 0,0 | 0,0 | 3 |
| Goiânia | 0,0 | 0,0 | 7,7 | 15,4 | 11,5 | 15,4 | 19,2 | 11,5 | 7,7 | 11,5 | 26 |
| Brasília | 9,5 | 0,0 | 9,5 | 14,3 | 38,1 | 14,3 | 4,8 | 4,8 | 0,0 | 4,8 | 21 |

ISBN 85-334-0977-X



9 798533 409773



disque saúde
0800-61-1997

www.saude.gov.br/svs



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL