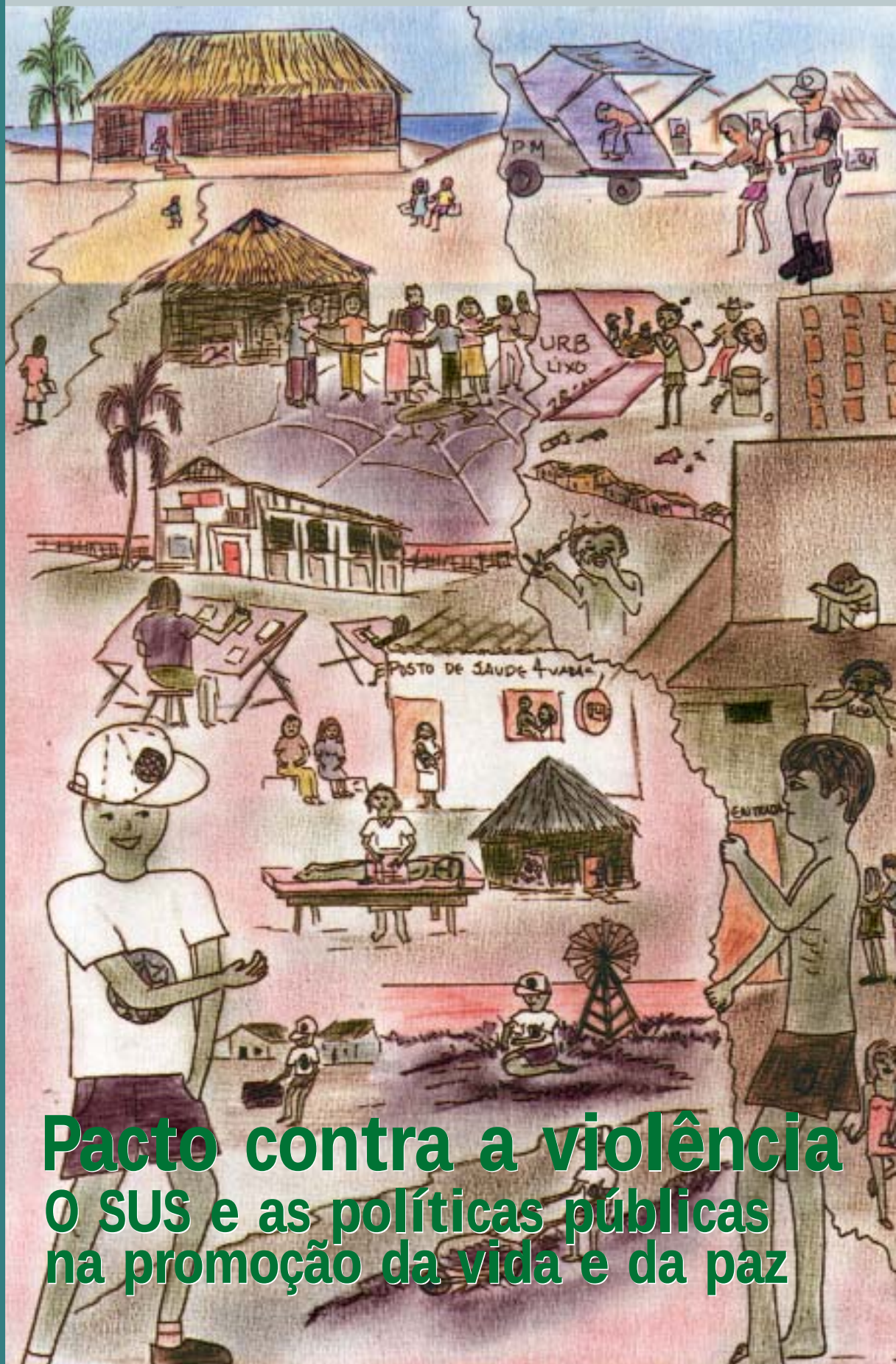
revista da saúde

ISSN 1676-4250

O Brasil falando como quer ser tratado



Pacto contra a violência

O SUS e as políticas públicas na promoção da vida e da paz

Uma publicação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - ano III - n.º 3 - dezembro / 2002

Capa - ilustração produzida no atelier de arte terapia do Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária - Projeto Quatro Varas - Fortaleza (CE) - *site*: www.4varas.com.br - tel.: (85) 286.6049

sumário

novo modelo

Para enfrentar a epidemia de violência que mata milhares por ano, o governo criou as Políticas Nacionais de Redução de Morbimortalidade. **Pg. 6**

ponto de vista

O desafio de conter a violência com medidas também de caráter social. Este é um dos temas abordados na entrevista com a professora Maria Cecília de Souza Minayo. **Pg. 18**

controle social

O pacto para enfrentar o aumento da criminalidade e reduzir os índices de morbimortalidade junta parlamentares, gestores, profissionais e entidades civis. **Pg. 27**

trabalho de campo

A radiografia do uso de drogas pelos jovens e os problemas das minorias fazem o dia a dia do Brasil. **Pg. 45**

caso de sucesso

De Norte a Sul, a sociedade arregaça as mangas por um país mais tranquilo. **Pg. 51**

ainda nesta edição

33 Os atuais e futuros planos para trazer mais segurança às ruas.

38 Desarmar a população: o desafio para os novos parlamentares eleitos em 2002.

e também artigos assinados por especialistas e autoridades.

O caminho para combater a

O aumento dos indicadores da violência no Brasil nos leva a refletir sobre o real significado desses números, que indicam a existência no País de uma guerra silenciosa que mata, por ano, mais de 120 mil pessoas, em sua maioria jovens e adolescentes. A primeira explicação que nos vem à mente é que se trata de um fenômeno que não tem origem apenas na falta de segurança pública.

Claro, que os poucos efetivos policiais e o sucateamento da infra-estrutura de policiamento contrastam com a tecnologia de ponta que reina no crime organizado. Afinal, a própria segurança pública não é assumida ainda como importante política de proteção social, que identifica e previne os caminhos de grupos humanos. No entanto, seria excessivamente simplista atribuir somente a este fato essa epidemia que varre quase todos os Estados.

Talvez pudéssemos associar o fenômeno ao desemprego, uma das faces perversas da globalização – que em nome de suposto desenvolvimento ignora o ser humano e a cidadania, condenando-os a viver de migalhas que alguns querem crer compensatórias. Da mesma forma, a educação teria sua parcela de culpa, por não dar condições de acesso à informação, capacitação e formação adequadas a desempregados e subempregados. Gente que se esforça para sonhar com dias melhores.

Aliás, o desrespeito aos direitos humanos também teria seu quinhão neste levantamento sobre a violência brasileira. Há quantas anda o direito de ir e vir, de comer, de ter moradia e acesso à escola, de ter emprego e renda mínima, enfim, à dignidade? Não há duvida de que o Brasil evoluiu na atenção a estes aspectos, mas em que intensidade, de que forma e com que desigualdade? Basta lembrar os casos de abusos e maus tratos de homens, mulheres e crianças, de exploração e de exclusão constantemente percebidos nos noticiários. Isso além dos intoleráveis bolsões urbanos de miséria e pobreza, ao lado das fortalezas residenciais dos incluídos.

Como se pode ver, as causas da violência são inúmeras. No entanto, talvez pudéssemos colocá-las sob um mesmo guarda-chuva: o aumento do fosso social, que cresce na mesma proporção que o número de mortos por causas externas nas grandes cidades. Em outras palavras, as diferenças

violência e promover a paz

regionais, de gênero, de classe social, de poder aquisitivo têm colocado em lados opostos brasileiros, que engalfinham-se numa luta que deixa mortos e seqüelados.

E onde a Saúde Pública entra nesta história? Para começar porque os números são tão chamativos que apontam a existência de uma epidemia. Depois, porque é nas unidades de atendimento do Sistema Único de Saúde que muitas das vítimas vão procurar consolo e remédio para suas feridas, o que demonstra que a violência também tem um custo alto para o setor. Por isso, o SUS – pautado em princípios como universalidade, eqüidade, integralidade, gratuidade e participação popular – pode participar de uma solução para esse enigma de vida e de morte.

Os repórteres e articulistas que colaboraram nesta edição da **Revista da Saúde** trabalharam na perspectiva de apontar alguns rumos nesse sentido. Vemos a Saúde como uma área na qual a intersetorialidade se impõe. Idos vão os tempos onde era o território apenas de médicos e enfermeiros. Hoje, o diálogo entre profissionais de vários campos incrementa o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que vê a saúde não apenas como a ausência de doenças, mas como a conjunção de várias formas de bem-estar: o físico, o emocional, o intelectual e o espiritual. Tudo ao mesmo tempo se traduz na busca pela promoção da saúde.

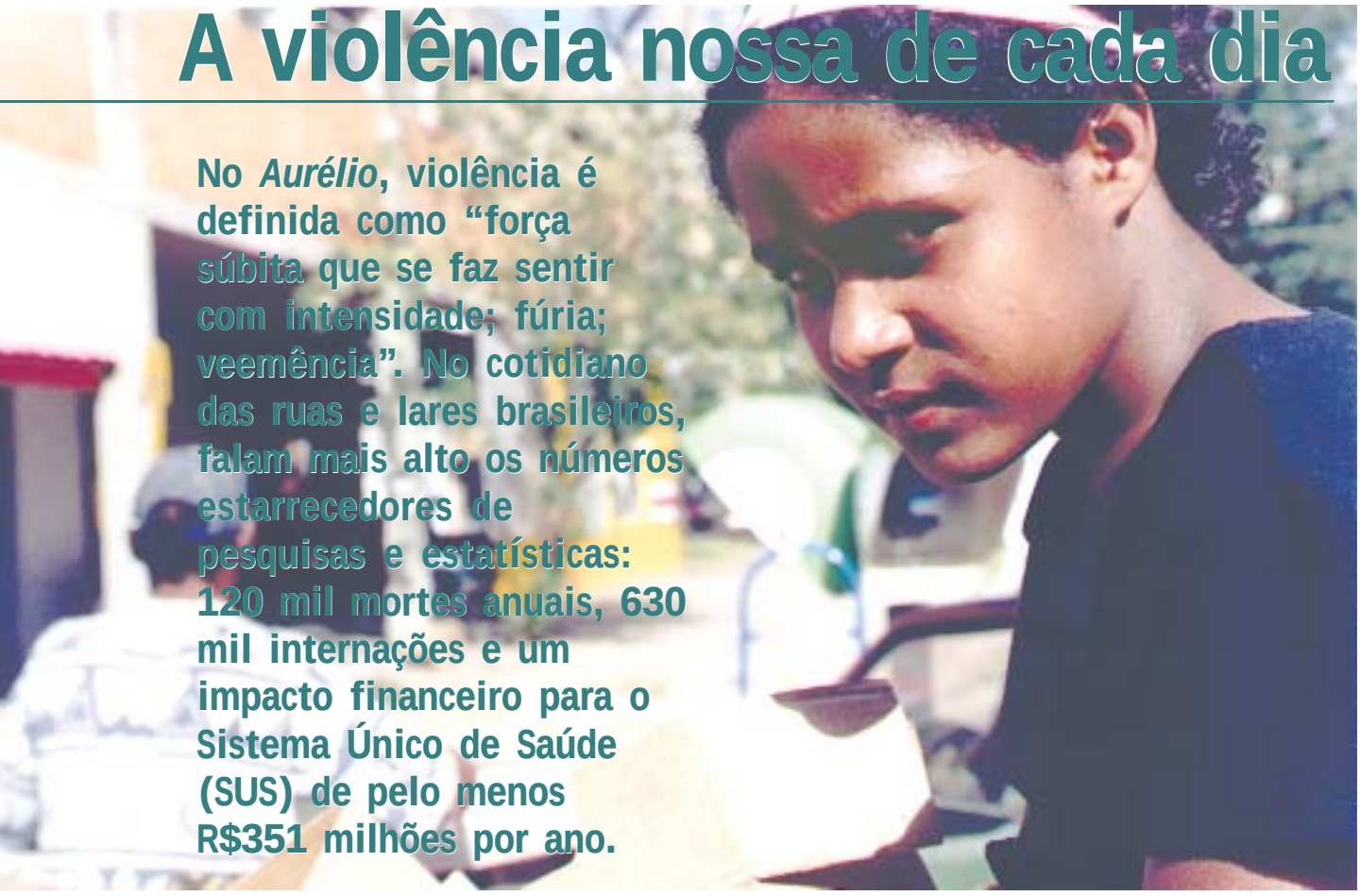
Uma sociedade na qual a fome, as faltas de acesso à educação, ao emprego e à moradia não existam é uma sociedade que promove sua saúde. Uma sociedade onde o meio ambiente é respeitado, as minorias são reconhecidas e o desenvolvimento humano é prioridade promove sua saúde. Uma sociedade que segue a Declaração Universal dos Direitos Humanos é uma sociedade que promove sua saúde.

Com certeza, uma sociedade que promove sua saúde não é assombrada pela violência ou fica refém do medo e das injustiças. Esse povo terá descoberto no respeito ao ser humano, na qualidade de vida e no bem-estar coletivo o caminho para a PAZ.

Nelson Rodrigues dos Santos
Coordenador-Geral do Conselho Nacional de Saúde

"O triunfo da virtude sobre o demônio", 1964, xilogravura de Samico

A violência nossa de cada dia



No *Aurélio*, violência é definida como "força súbita que se faz sentir com intensidade; fúria; veemência". No cotidiano das ruas e lares brasileiros, falam mais alto os números estarrecedores de pesquisas e estatísticas: 120 mil mortes anuais, 630 mil internações e um impacto financeiro para o Sistema Único de Saúde (SUS) de pelo menos R$351 milhões por ano.

O quadro decorrente dos traumas originados em causas externas sobre a vida humana é um problema que hoje está no ápice das preocupações de cada cidadão e exige soluções do Governo e da sociedade a partir de uma abordagem sistêmica.

A resposta do Ministério da Saúde para fazer frente a essa realidade está expressa nas Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Violência e Acidentes e de Redução da Morbimortalidade por Violência no Trânsito. A primeira, em vigor desde maio de 2001; a segunda, desde fevereiro deste ano. Ambas adotam uma visão holística da questão, envolvendo agentes governamentais e órgãos representativos da sociedade civil, atuando no trinômio causas/processos/efeitos da violência.

A implementação das duas propostas teve como base a própria transformação do sistema público de saúde no Brasil, como explicou o secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, Cláudio Duarte: "Antes do SUS, o que nós tínhamos era uma visão clássica da intervenção sanitária, ou seja voltada para o combate às doenças infecciosas e para a organização da assistência médica privada. Com o SUS, passamos a ter a incorporação de novas práticas para intervir sobre os determinantes da saúde".

Em outras palavras, o que ele anuncia é a valorização do conceito de Promoção da Saúde, no qual a garantia de melhores condições de vida passa também pela tomada de atitudes contra problemas que até bem pouco tempo eram vistos, principalmente pelos mais conservadores, como elementos estranhos às questões sanitárias, como o trânsito, a segurança pública, a educação e mesmo as noções de cidadania.

O caminho que levou à implantação de ambas as Políticas de Redução da Morbimortalidade foi longo. Por meio de portarias, comissões técnicas com a participação de representantes de vários órgãos foram criadas para debater os temas. Ao redor das mesas, nomes dos Governos (nos três níveis de gestão), de universidades, de organizações não-governamentais (ONGs) e de entidades públicas. Todos dispostos a encontrar respostas aos problemas que trazem para o nosso dia-a-dia um clima de guerra civil muitas vezes explícito, muitas vezes oculto em cenários de tranqüilidade falsamente paradisíaca.

Para contar essa história, recorremos aos números. As 120 mil pessoas que morrem por ano no Brasil correspondem ao total de mortos em conflitos históricos, como as Guerras do Vietnam e do Golfo. É como se o caos tivesse se mudado para a nossa rua, resolvido fazer uma festa e os vizinhos só agora acordassem com o tamanho da bagunça.

O trabalho das comissões levou um ano para ficar pronto.

Definidas as propostas, o projeto foi apreciado por outra comissão reunindo gestores federais, estaduais e municipais. Posteriormente, foi submetido, analisado e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), até ser oficializado por meio de portarias.

Assim, se fechou o ciclo no processo de construção de propostas de redução dos efeitos da violência que pretendem, entre outros aspectos, tornar a sociedade co-responsável pela melhoria sistêmica da qualidade de vida de todos nós.

No caso da Política de Redução da Morbimortalidade por Violência e Acidentes, o CNS criou uma Comissão Intersetorial para acompanhar sua implementação. O professor José Carvalho de Noronha, da UFRJ, é o coordenador do grupo. Presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), ele reitera a importância de tratar a questão da violência como um problema de saúde pública e não meramente como uma questão de segurança pública. Segundo ele, as políticas propostas "representam uma apropriada compilação dos diversos aspectos que envolvem o problema".

Taxas, índices e números

O aumento da morbimortalidade por traumas e violência leva o governo a tomar medidas no campo da saúde

Para o secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), Renilson Rehem, os motivos que levaram o Poder Público a ampliar o enfoque sobre o problema da violência no País são simples e claros: "Nós temos registrado taxas crescentes de expectativa de vida. E elas só não são maiores porque pesa muito a questão da morte por violência, especialmente nos grandes municípios brasileiros".

Ao analisar o discurso de Rehem, percebe-se que as Políticas de Redução da Morbimortalidade por Violência e Acidentes e por Violência no Trânsito expressam, portanto, a evolução político/administrativa da saúde pública no Brasil. Ambas são tentativas de abrir novas trincheiras que, em síntese, indicam o reconhecimento institucional de que as mortes e seqüelas deixadas por esses tipos de agressão ameaçam de forma epidêmica o bem-estar de cada família brasileira.

O que está em jogo, mais do que a própria vida, é a possibilidade de usufruí-la com qualidade e bem-estar. A complexidade desse cenário é tamanha que coloca todos os atores envolvidos (gestores, cientistas, profissionais de saúde, prestadores de serviço, ONGs, entidades civis e cidadãos) diante de um desafio que arrepia e preocupa: como evitar que elas não sejam apenas duas cartas de intenções?

"Uma das respostas seria agir em torno de alguns problemas, sobre os quais você tem capacidade de ação, definindo políticas específicas ". Essa é a opinião do secretário de Políticas de Saúde do MS, Cláudio Duarte, que não tem dúvidas de que o purgatório que atingiu jovens e adolescentes no Brasil é apenas um exemplo de segmento populacional que merece o desenvolvimento de práticas direcionadas para ajudar a contornar a situação nada favorável.

Estrutura da mortalidade por região - ano 2000 (em %)

UF / REGIÃO	POPULAÇÃO TOTAL				JOVENS (15 A 24 ANOS)			
	Causas Externas	Acid. Transp.	Homicídios	Suicídios	Causas Externas	Acid. Transp.	Homicídios	Suicídios
Norte	12,9	4,0	4,8	0,7	57,3	14,1	29,5	4,0
Nordeste	11,6	2,9	4,5	0,5	63,6	12,9	34,6	2,3
Sudeste	12,4	2,4	5,4	0,5	75,3	11,2	47,0	1,9
Sul	10,5	3,8	2,4	1,3	70,1	24,7	24,2	6,9
Centro-Oeste	16,3	5,5	5,9	1,3	71,9	21,6	35,0	5,9
Brasil	**12,2**	**3,0**	**4,7**	**0,7**	**70,3**	**14,2**	**39,2**	**3,0**

Fonte: SIM/DATASUS

Estrutura da mortalidade nas capitais - ano 2000 (em %)

UF / REGIÃO	POPULAÇÃO TOTAL				JOVENS (15 A 24 ANOS)			
	Causas Externas	Acid. Transp.	Homicídios	Suicídios	Causas Externas	Acid. Transp.	Homicídios	Suicídios
Belém	9,3	2,6	3,7	0,5	50,4	10,3	28,0	3,5
Boa Vista	20,7	8,4	7,9	1,8	68,5	13,0	44,6	6,5
Macapá	17,4	5,4	8,3	0,8	67,3	13,3	42,7	4,7
Manaus	13,2	3,5	5,9	0,8	67,7	13,8	40,4	4,6
Palmas	21,3	11,8	4,5	1,3	57,7	28,8	9,6	9,6
Porto Velho	20,8	3,3	5,3	0,3	73,6	7,5	26,1	0,8
Rio Branco	13,8	4,3	5,3	1,2	63,1	7,2	40,5	9,0
Norte	13,5	3,7	5,2	0,7	62,5	11,7	33,9	4,2
Aracajú	9,5	2,8	3,2	0,4	56,2	13,8	30,1	2,5
Fortaleza	12,5	3,4	4,6	0,6	62,6	12,0	31,6	3,6
João Pessoa	10,3	3,6	4,7	0,2	64,6	14,8	42,2	0,8
Maceió	11,6	3,7	5,5	0,2	58,1	12,5	40,0	0,2
Natal	11,5	2,8	1,3	0,3	58,9	9,4	8,7	1,1
Recife	12,1	2,4	6,7	0,4	66,9	7,2	52,7	1,1
Salvador	17,4	0,4	0,7	0,0	66,4	1,3	4,6	0,1
São Luis	10,1	2,0	2,6	0,5	48,3	8,9	16,9	2,6
Teresina	10,6	4,1	2,9	0,6	49,7	13,5	22,3	2,2
Nordeste	12,5	2,5	4,0	0,4	61,7	8,6	29,4	1,4
Belo Horizonte	10,3	2,5	3,7	0,5	62,1	11,1	38,0	2,4
Rio de Janeiro	11,7	1,8	5,7	0,3	74,3	7,6	55,0	0,8
São Paulo	14,2	0,9	8,6	0,5	79,6	3,9	61,9	1,6
Vitória	11,8	3,2	5,2	0,4	60,5	14,0	39,9	0,8
Sudeste	12,7	1,5	6,9	0,4	75,5	6,1	56,6	1,4
Curitiba	11,1	3,8	3,4	0,5	62,8	16,1	32,0	2,6
Florianópolis	9,2	3,4	1,3	1,0	58,4	25,8	10,1	4,5
Porto Alegre	8,6	2,3	3,4	0,8	62,0	12,9	37,3	5,2
Sul	9,6	3,0	3,2	0,7	62,1	15,3	32,9	4,0
Brasília	15,9	5,2	6,9	0,8	71,2	17,6	45,2	3,2
Campo Grande	13,2	3,3	6,0	0,8	65,5	12,3	42,5	3,6
Cuiabá	15,1	4,1	8,1	0,5	68,2	15,1	45,0	2,3
Goiânia	12,3	5,3	3,4	1,0	62,8	26,4	26,4	5,0
Centro-Oeste	14,2	4,8	5,8	0,8	67,5	18,8	39,8	3,6
Brasil	12,6	2,4	5,6	0,5	68,7	9,3	43,6	2,1

Fonte: SIM/DATASUS

Uma rápida olhada nos gráficos oficiais reforça a preocupação: as causas externas (aí incluídos, homicídios e acidentes de trânsito) representam quase 90% dos casos de internação e mortes na faixa etária de 14 a 25 anos. O quadro é uma realidade nos 50 maiores municípios do País.

Sem dúvida, há muito que fazer. O rol de ações já previstas vai da distribuição de cartilhas com orientações sobre como combater e agir no caso de violência intrafamiliar (um outro motivo de preocupação federal) até a capacitação das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) para enfrentar o desafio, através de ações de conscientização e recuperação com palestras em escolas e igrejas e fazendo a mobilização da comunidade.

Mas essas são duas opções de trabalho em meio a várias outras ações previstas nas Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e por Violência no trânsito. O esforço corta o País e a Esplanada dos Ministérios, no coração de Brasília, de fora a fora: cinco deles e mais uma Secretaria ligada à Presidência da República estão diretamente envolvidos no processo. Sob a mesma bandeira estão abrigadas ainda as secretarias estaduais e municipais de Saúde.

A ênfase ao papel da educação é notória nas duas propostas, sempre com a participação de

ONGs e entidades da sociedade. Entre as medidas de curto prazo, há o convênio assinado entre o MS e a Sociedade Brasileira de Traumatologia para o treinamento de profissionais que trabalham nas unidades de emergência de hospitais de municípios com menos de 250 mil habitantes. O médico Marcelo Mercadante, secretário-Geral da entidade, considera a iniciativa saudável e lembra que tratar a violência como problema de saúde pública permite "ampliar o espaço de atuação dos agentes envolvidos com o combate a esse desafio".

A coordenadora da Pastoral da Criança e membro do CNS, Zilda Arns Neumann, fala com autoridade sobre o fator educação e do trabalho das ONGs: "A paz começa em casa. AS ONGs desenvolvem um trabalho que é feito com muito amor. Quando trabalhamos com a família, logo vemos os resultados". Já a representante da Entidade Nacional de Portadores de Doenças Patológicas e Deficiências – Pestalozzi no CNS acredita ser importante, no momento, fazer o acompanhamento da implantação das duas Políticas no País.

Gyséllle Tannous participou de toda fase de discussão das propostas. Ela reconhece que a elaboração das estratégias representou um momento de mobilização da sociedade, contudo, lembra que "ainda é cedo para fazer uma avaliação" sobre se este é o caminho certo.Embasada na sua experiência de luta, ela prefere ver os resultados concretos aparecerem para depois se manifestar sobre os possíveis erros e acertos. Mas se demonstra cautela, não se importa em fazer um alerta para evitar outros problemas no futuro. De acordo com a conselheira, é preciso garantir recursos no orçamento público suficientes à manutenção de todos os projetos e programas que foram desenvolvidos contra as várias formas de violência.■

União de forças para enfrentar a epidemia

Ao romper com a abordagem fragmentada de um problema tão complexo, as Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e por Violência no Trânsito buscam uma efetiva ação conjunta dos agentes governamentais e da sociedade.

O resultado disso é que uma ONG que trabalhe, por exemplo, em prol do cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, está atuando dentro dos parâmetros das referidas políticas, tanto quanto o profissional de saúde que atua no atendimento direto às vítimas.

O esforço junta a sociedade como um todo e tem no governo um aliado fundamental. A Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano, ligada ao Palácio do Planalto, é um dos órgãos governamentais responsáveis pela execução das estratégias. A ela cabe a promoção de medidas para adequar e/ou readequar os espaços urbanos, com vistas à prevenção de acidentes e de violências.

A coordenadora do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), Diana Meirelles da Motta, lembra que o fenômeno da periferização das cidades, acentuado a partir da década de 90 no Centro-Norte do País, tem ligação com o tema da violência "por causa da informalidade do uso e da ocupação do solo urbano".

A intersetorialidade das ações também aparece nas propostas de sensibilização e capacitação nos institutos de Medicina Legal para que ofereçam atendimento humanizado, emitam laudos completos e alimentem os sistemas de dados sobre as ocorrências. Essas ações estão sob a responsabilidade do Ministério da Justiça, que também deve promover medidas para informar e sensibilizar a sociedade quanto à importância de respeitar o Código Nacional de Trânsito.

Ao Ministério da Educação também é reservado papel de destaque na implementação das duas Políticas contra a Morbimortalidade. São nove ações enumeradas, entre elas, o estímulo à inclusão nos currículos escolares de conceitos referentes à prevenção de acidentes e da violência; a adoção, em nível médio de ensino, de currículo interdisciplinar com conteúdo sobre Defesa Civil; além de ações voltadas para o estímulo a pesquisas referentes à violência e à capacitação de futuros profissionais da área de Saúde.

Os ministérios da Previdência e Assistência Social, dos Transportes e da Ciência e Tecnologia também terão de arregaçar as mangas. Ao primeiro, cabe promover e ampliar a comunicação dos acidentes de trabalho, bem como desenvolver campanhas de prevenção aos mesmos. O segundo deverá melhorar a segurança das estradas e rodovias. Já o terceiro tem como meta estimular os pesquisadores e instituições para que aperfeiçoem as medidas de prevenção e os recursos tecnológicos no atendimento às vítimas.

O Ministério da Saúde assume o papel de gestor de ambas as Políticas Nacionais. A tarefa inclui administrar um extenso rol de ações, todas focadas na sensibilização e na capacitação dos profissionais, na promoção de hábitos saudáveis de vida, no apoio às iniciativas tomadas por outros órgãos governamentais na parceria com estados e municípios.

Políticas Nacionais de Redução de M

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

Portaria MS/GM n.º 737, de 16/5/2001

Princípios:

- Saúde como direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- O direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde;
- A promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e acidentes.

Diretrizes:

- Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- Monitoração da ocorrência de acidentes e de violências;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- Capacitação de recursos humanos;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Responsabilidades Institucionais:

- *Ministério da Saúde*: gestor e articulador das ações intersetoriais. Tem a responsabilidade de acompanhar a implementação das políticas, articulando as unidades da federação, tanto na prevenção como no atendimento das vítimas e comunicação das ocorrências às outras esferas do poder público, em especial a Justiça. Também cabe ao Ministério da Saúde cooperar com Estados e Municípios para o cumprimento dos dispositivos das duas políticas.
- *Secretaria de Desenvolvimento Urbano*: promoção de medidas de adequação e readequação de espaços urbanos com vistas à prevenção de acidentes.
- *Ministério da Justiça*: sensibilização e capacitação dos médicos para notificação dos casos; Integração dos sistemas de informação; Plena implantação do Código Brasileiro de Trânsito; Consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente; Adoção de medidas de controle de armas de fogo.
- *Ministério da Educação*: inclusão nos currículos de primeiro e segundo graus de conteúdos referentes à prevenção de acidentes e de violências; Estímulo à pesquisa nas universidades, visando retroalimentação dos sistemas de informação; Incentivo, nos cursos de graduação da área de saúde, à formação em emergência, e definição de currículo mínimo para técnicos de emergência; Estímulo à criação de residência médica e de enfermagem em emergência.
- *Ministério do Trabalho e Emprego*: estímulo às medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e iniciativas para erradicação do trabalho infantil.
- *Ministério da Previdência Social*: ampliação da cobertura e aperfeiçoamento da Comunicação de Acidentes de Trabalho.
- *Ministério dos Transportes*: melhoria das vias públicas.
- *Ministério da Ciência e Tecnologia*: estímulo à realização de pesquisas sobre questões relativas a acidentes e violências, tanto para melhorar a prevenção e o atendimento às vítimas, como também, para alimentar os sistemas de informação. Estímulo à criação de novas tecnologias preventivas e reabilitadoras.

orbimortalidade por Causas Externas

Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito

Portaria n.º 344, de 19/2/2002

Objetivo Geral:

- Implementação de ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes de trânsito, com ênfase para a mudança de hábitos.

Objetivos Específicos:

- Mobilizar e capacitar equipes de profissionais de saúde dos serviços de emergência;
- Construir banco de dados para identificar grupos de risco e subsidiar ações de intervenção;
- Capacitar profissionais de mídia e representantes da sociedade para que atuem como agentes multiplicadores de informações sobre prevenção de acidentes;
- Produzir e apoiar a produção de materiais educativos e de suporte para o desenvolvimento de ações;
- Mobilizar e capacitar representantes de empregadores e condutores de veículos de grande porte.

Algumas Ações:

- Sensibilização dos gestores municipais para que implementem estratégias intersetoriais para a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
- Sensibilização de membros das ONGs e da sociedade para atuarem como mobilizadores e multiplicadores das estratégias de prevenção de acidentes;
- Capacitação, em oficinas realizadas nas 49 maiores aglomerações urbanas do País, dos profissionais de saúde, gerentes de serviços de urgência e emergência para:

  a) trabalhar para qualificar a informação;

  b) construir banco de dados padronizados nos municípios, para nortear ações de intervenção.

Eixos das ações:

- Planejamento participativo: permite a elaboração de planos de atuação locais e regionais, atendendo às especificidades e particularidades de cada aglomerado urbano;
- Descentralização administrativa: em consonância com as diretrizes e princípios constitucionais do SUS;
- Intersetorialidade: envolvimento dos múltiplos atores em torno de um objetivo comum, por meio de parcerias e divisão das responsabilidades nas ações de prevenção e de promoção da redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito.

Monitoramento e Avaliação:

- A responsabilidade de acompanhar e avaliar a implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito é da Secretaria de Políticas de Saúde do MS e DENATRAN, órgão do Ministério da Justiça.
- O trabalho é realizado por uma equipe técnica multiprofissional.

Parcerias:

- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems);
- Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde da OMS: uma resposta ao desafio das violências

***Alberto Concha-Eastman**

A OMS publicou recentemente o *Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde* no qual se define que "violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou por ameaça, contra a própria pessoa, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que pode resultar em, ou tem alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou de privação". Esta definição contém dois conceitos centrais, a intencionalidade e o efeito ou dano do evento violento na ou nas vítimas, no que o setor Saúde se apoiou para sustentar a necessidade de investigar e propor intervenções preventivas desse flagelo social. De fato, como assinala o *Relatório*, como resultado da violência morreram 1,6 milhão de pessoas no ano 2000, a metade delas por suicídio ou violência auto-infligida, 540 mil por homicídio ou violência interpessoal e 320 mil por conflitos armados intra ou entre países ou por outras formas de violência coletiva.

No continente americano, os relatórios oficiais registrados na OPAS contabilizam perto de 120 mil homicídios por ano, dos quais 83% ocorrem nos quatro países mais povoados (cifras arredondadas segundo o último ano, com dados disponíveis entre 1996 e 2000). Assim, Brasil 42 mil, Colômbia 23 mil, Estados Unidos, 18 mil e México 13 mil. Mas é obvio que as taxas por 100 mil habitantes refletem uma realidade diferente, sendo a Colômbia (60), El Salvador (55), Honduras (50), Guatemala (45), Jamaica (44), Venezuela (26), Brasil (25), Nicarágua (14), México (13) e Equador (12) os que têm as mais altas e Canadá (1,6), Chile (2,5), Costa Rica (4,4), Argentina (4,8), Uruguai (5,4) e Estados Unidos (7,0) as mais baixas. Essas mortes afetam especialmente homens jovens, com efeitos negativos no aumento da esperança de vida ou, pior ainda, contribuindo para aumentar os anos de vida perdidos.

Diferente da mortalidade, os danos na saúde física, psicológica ou sexual das pessoas afetam, majoritariamente as mulheres, meninas e meninos e anciãos. Foram descritos efeitos negativos devastadores, em muitos casos, na saúde reprodutiva e sexual de pessoas que sofreram violência sexual ou física na infância, na adolescência ou na idade adulta, entre os quais se encontram a enfermidade inflamatória pélvica, gravidez, infecções de transmissão sexual, incluído o vírus de imunodeficiência humana; assim como desordens de conduta, depressão, abuso de álcool ou drogas, e outras. Por diversas pesquisas, estima-se que entre 10% e 70% de mulheres sofreram violência alguma vez em sua vida por seu companheiro ou parceiro, ou seja, que milhões de mulheres no mundo são diariamente espancadas, agredidas sexualmente, humilhadas ou sofrem privações, impostas por seus cônjuges ou parceiros.

A violência juvenil nas Américas, que a opinião pública com o apoio da mídia, atribui em grande parte à insegurança, é um problema social que cresce e tem dimensões alarmantes em vários países. Estima-se, por exemplo, que há aproximadamente 30 mil jovens de ambos os sexos (85% homens), tanto em Honduras como em El Salvador, envolvidos em gangues juvenis que usam de violência, consomem drogas e adotam formas de vida de alto risco. Este tipo de violência juvenil é observado também na Jamaica, Nicarágua, Peru, Panamá, Estados Unidos, Venezuela, Brasil, Colômbia, México, e ainda no Chile e na Costa Rica, países que demonstram ser os menos inseguros da América Latina. Diversos estudos sobre suas causas, características e propostas de prevenção dessas situações apontam que este é um conflito social, cuja dimensão parece estender-se com maior gravidade e por mais tempo do que se supunha.

Em uma interessante análise sobre as causas da violência no Chile, Salazar mostra os contextos históricos em que a sociedade chilena – considerada uma das menos violentas e inseguras da América Latina – passou de uma sociedade amável, com fortes laços de convivência, solidariedade e união não só entre membros de famílias, mas também entre comunidades que em conjunto construíram suas moradias, espaços de recreação e se apoiaram na criação de forças de trabalho, a ser uma sociedade insegura, onde são encontradas rivalidades generalizadas, nas quais os jovens ("*cabros jovenes*") são quase inimigos no próprio seio familiar e, obviamente, na vizinhança. A falta de trabalho, o vício em drogas e álcool, a gravidez precoce das adolescentes e a atitude frente à vida, em geral, fazem com que os jovens sejam vistos de maneira diferente daquela como eram vistos seus pais por seus avós e vizinhos. O que mudou, então, na sociedade chilena e, da mesma forma, em outras latitudes da América Latina para fazer desta situação um lugar comum em vários países?

Na busca de respostas efetivas a esta e outras interrogações conexas, é necessário entender as múltiplas causas que surgem detrás de toda forma de violência. De novo, o *Relatório* apresenta um modelo ecológico que interliga fatores de ordem individual, de relações interpessoais ou familiares, de nível comunitário e social geral como o conjunto de forças que impulsionam, facilitam ou estão na gênese da violência.

A violência integra um processo histórico, é resultado da história e, para mudar o curso da mesma, é necessário uma restauração da funcionalidade social, de suas instituições básicas formais e não formais, da família. O processo da violência não acaba com uma vítima, esta é apenas sua expressão momentânea. As instituições devem atender os diversos aspectos que explicam a violência e a ruptura dos laços de convivência que fazem uma sociedade mais vulnerável à violência que outras. Em termos conceituais avançou-se na compreensão do fenômeno da violência em geral, da violência intrafamiliar, contra mulheres, meninas e meninos, e das turmas juvenis, mas ainda há muito a percorrer. Diversas vertentes do pensamento contribuem com seus conhecimentos para aproximar-se desta realidade. Buscam-se as causas e fatores determinantes para atuar preventivamente e não exclusivamente sobre as manifestações finais. O *Relatório* igualmente oferece uma ampla gama de propostas, conforme foi concluído por diversos estudos e em diversos locais, para cada tipo de violência discutida.

Nas raízes dos conflitos interpessoais ou sociais que acompanham ou precedem atos violentos e ocorrências de insegurança, identifica-se a ausência ou debilidade do Estado na garantia da existência de sociedades mais eqüitativas e não ex-

cludentes. A desigualdade social, medida pelo Coeficiente GINI, associou-se com o crime e a violência de tal forma que "um incremento de um ponto no coeficiente está correlacionado com 1,5% de incremento nas taxas de homicídios e de 2,6% nas taxas de roubos, mas se a situação de desigualdade piora permanentemente, os efeitos permanentes são 3,7 e 4,3 vezes mais altos para homicídios e roubos".

Não só é necessário desfrutar da ausência de guerra ou de conflitos sociais com altos índices de violência, mas também construir a convivência, a tolerância e o respeito pela diversidade de idéias. Ao final da II Guerra Mundial, quatro princípios democráticos floresceram para a reconstrução da paz: justiça, liberdade, eqüidade e solidariedade. Não pode haver democracia se não houver segurança e estabilidade social, ou seja, emprego, moradia, alimentação e educação.

Estamos então diante de uma realidade em que o fundamental não é o debate teórico, filosófico, mas sim um debate para tomar decisões, para decidir o que fazer. Nos últimos anos, aprendeu-se que se pode reduzir a violência, mas que para isso é necessário o compromisso de governos e sociedade em geral. A OMS e a OPAS consideram que se deve atuar com maior prontidão. Assim, foi expressado pelo próprio Diretor da OPAS.

Finalmente, em conseqüência de seu conteúdo e como contribuição dos tomadores de decisões e à comunidade em geral, o *Relatório* contém nove recomendações de ação, precisamente para que este documento não seja arquivado, mas funcione como uma ferramenta de trabalho, assim:

1. Criar, aplicar e fiscalizar um plano nacional de ação para prevenir a violência;

2. Aumentar a capacidade de compilar dados sobre violência;

3. Definir as prioridades e apoiar a investigação das causas, conseqüências, custos e prevenção da violência;

4. Promover respostas de prevenção primária;

5. Reforçar as respostas às vítimas da violência;

6. Integrar a prevenção da violência nas políticas socioeducativas e promover, assim, a igualdade social e entre os sexos;

7. Incrementar a colaboração e o intercâmbio de informação sobre a prevenção da violência;

8. Promover e fiscalizar o cumprimento dos tratados internacionais, da legislação e de outros mecanismos de proteção dos direitos humanos;

9. Procurar respostas práticas e de consenso, em nível internacional, ao tráfico mundial de drogas e de armas.

Esperamos que estas recomendações, e outras mais, sejam levadas em conta no nobre e urgente propósito de prevenir a violência.

Alberto Concha-Eastman, MD, MSc Assessor Regional para Violência e Saúde da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em Washington, EUA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEYNE, G. *La Prevención de la Violencia: un Compromiso de la Organización.* Rev Panam Salud Pública, Pan Am J Public. Health, 1999.

ATHERLEY, L. A *Culture of Peace*. UNESCO International Symposium From Partial Insecurity to Global Security. Proceedings, Paris, 1996.

CONCHA-EASTMAN A. & Krug *E. El Informe mundial sobre la Violencia y a Salud de la OMS: una Herramienta de Trabajo*. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health,2002.

FAJNZYLBER P, LEDERMAN D & LOAIZA N *(EDS). Crimen y Violencia en América Latina.* Banco Mundial y Alafaomega. Editorial Alfaomega, Bogotá, Colombia, 2001.

HEISE L, ELLSBERG M & GOTTEMOELLER M. *Ending Violence Against Women.* Population Reports, Series L, Nº 11, Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, population Information program, 1999.

KRUG E.G. *et al, eds. World report on Violence and Health,* World Health Organization, 2002.

MAYOR F. *Introductory Address*. UNESCO Director General, International Symposium From Partial Insecurity to Global Security. Proceedings, Paris, 1996.

OPS/OMS *La Salud en las Américas,* Publicación Científica y Técnica # 587, 2002, Volumen I.

SALAZAR *G. Origen y Motivos de la Violencia Urbana en Santiago y Rancagua: En: Bodemer: Chile, 1999*

K, KURTENBACH S & MESCHKAT K *(EDS.) Violencia y Regulación de Conflictos en América Latina.* Asociación Alemana de Investigación sobre América Latina - Adlaf. Editorial Nueva Sociedad, Caracas, Venezuela, 2001.

SANJUÁN AM. *Juventude e Violência em Caracas. Paradoxos de um Processo de Perda de Cidadania.* En: São Paulo Sem medo. Um diagnóstico da violência urbana. Editora Garamond, Rio de Janeiro, 1998.

SANTACRUZ M, CONCHA-EASTMAN A & CRUZ JM. *Barrio Adentro, La solidaridad Violenta de las Pandillas, San Salvador, El Salvador.* OPS/OMS, Universidad Centro Americana J.S. Cañas, Instituto Universitario de Opinión Pública, Talleres Gráficos UCA, San SALVADOR,

SMUTT M & MIRANDA JL. *El fenómeno de la violencia en El Salvador.* PNUD, San Salvador, El Salvador, 1998.

A implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

***Cláudia Araújo dos Santos**

Acidentes e violência sempre foram objeto de tratamento diferenciado pelo Sistema Único de Saúde, de forma direta, a partir da assistência à saúde. Em 1990, por meio da identificação das unidades de emergência dos serviços de saúde nos grandes centros urbanos e da preocupação com a gravidade das lesões apresentadas em pacientes advindos dos acidentes de trânsito, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Enfrentamento às Urgências e Emergências, que previa o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e os encaminhamentos para a reabilitação desses acidentados.

Tratou-se durante muitos anos dos mais diversos tipos de agravos externos, inclusive os acidentes de trânsito, razão pela qual o Ministério da Saúde buscou na época o apoio das corporações de Bombeiros Militares para o primeiro atendimento. Nesse período, ainda não se relacionava essa atenção a uma política mais ampla, de incentivo à melhoria da qualidade de vida, de prevenção, e que seria portadora de um olhar diferenciado sobre um fenômeno que crescia assustadoramente: a violência.

Em meados de 1994, causas externas foram ganhando espaço nas bases de dados epidemiológicos e passaram a ser a terceira causa de mortalidade global. Ao final do período, em 1997, os homicídios tomaram forma ascendente e se tornaram a segunda causa de óbitos no País.

A partir de 1998, o Ministério da Saúde fomentou a criação e expansão de serviços para atender à demanda de pacientes, em consonância com uma nova diretriz política visando a redução de agravos e, conseqüentemente, de morbimortalidade por acidentes e violência. Criou-se, então, o Comitê Técnico Científico de Assessoramento para os Acidentes e Violência, formado por especialistas das mais diferenciadas áreas de atenção, pesquisa e tecnologia em saúde, voltadas a causas externas.

Esse grupo elaborou uma das mais brilhantes propostas de políticas públicas, abrindo as portas do setor Saúde para um novo tempo, das parcerias internas e externas, da integração com outras áreas do governo, universidades, organizações não-governamentais e sociedade para um mesmo objetivo: a não violência.

Em 2001, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e o Ministro da Saúde, publicou-se no Diário Oficial da União, por meio da Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio daquele ano, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Esse documento estabelece diretrizes, tais como, a promoção e adoção de comportamentos, de ambientes seguros e saudáveis; monitoração das ocorrências de acidentes e violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Cabe ressaltar que, pela primeira vez, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, reconheceu a violência como um problema de saúde pública e iniciou o tratamento para tal doença. O processo, como vem sendo conduzido – apartidário e unindo todas as correntes ideológicas – jamais sofrerá retrocesso. É uma realidade para o SUS, para milhares de pessoas que, todos os dias, passam pelos hospitais acometidas dos mais diversos tipos de traumas, sejam eles causados pelos acidentes e pela violência das ruas ou nas próprias casas. O documento a que nos referimos vem de encontro a esses problemas.

A implantação da Política Nacional vem acontecendo satisfatoriamente, enfrentando, é verdade, todas as dificuldades que o novo encontra: aceitação e rejeição. Ainda assim, ao completar seu primeiro ano de trabalho, progressos muito valiosos já podem ser apresentados, a partir da cooperação técnica das diversas áreas afins dentro do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, da Secretaria de Políticas de Saúde, da Secretaria Executiva e de seus órgãos vinculados: a Fundação Nacional de Saúde (por intermédio do Cenepi), Fundação Oswaldo Cruz, com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde e com o importante e necessário apoio do Conselho Nacional de Saúde, além do envolvimento das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Parcerias interministeriais foram promovidas, com a participação na Câmara Temática de Saúde do Conselho Nacional de Trânsito, operacionalizando ativamente o desenvolvimento e a implementação do Código de Trânsito Brasileiro. A implantação e consolidação do Programa Urgência e Emergência inclui o atendimento pré-hospitalar e o desenvolvimento de uma política específica para essa área de atuação. A implantação de núcleos estaduais e/ou municipais de estudos/intervenção para acidentes e violências, por sua vez, tem por objetivo estruturar serviços para a coleta de informações, estudos, monitoramento e o desenvolvimento da epidemiologia voltada às causas externas, a capacitação de recursos humanos para atenção diferenciada às pessoas em situação ou risco de violência e prevenção.

O desenvolvimento do Sistema de Informações em Saúde para Acidentes e Violências (SISAV) representa um passo importante na busca da melhoria de qualidade da informação, para que a comunicação desses fatos possibilite a todos nós a compreensão da magnitude do problema que atinge a sociedade.

Mudanças expressivas vêm sendo trabalhadas nos sistemas de internação e ambulatório, dando maior confiabilidade às informações voltadas ao tema. Com isso, o DATASUS torna-se um aliado muito importante para a implementação da Política no que se refere à monitoração desses eventos.

Da mesma forma, a notificação de suspeita ou comprovação de maus-tratos contra crianças e adolescentes aflora uma responsabilidade verdadeiramente importante para os profissionais do SUS: fazer cumprir a Lei n.º 8.069/90 – o Estatuto da Criança e do Adolescente – e acompanhar até onde for necessário quem não tem, naquele momento, nenhuma visão de dias melhores. No entanto, tem-se a conseqüência de que estes são apenas alguns passos, pois há ainda muito por fazer.

**** Cláudia Araújo dos Santos é pedagoga; mestre em Reabilitação e Habilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência; e coordenadora da Assessoria Técnica para Trauma e Violência da Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde.***

Herança de vida e de morte

Um fenômeno típico dos grandes centros urbanos, mas que não tem a pobreza como único fator determinante. Desde o início da década de 80, as mortes por acidentes e violência figuram como a segunda causa de óbitos no Brasil, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Entre as principais ocorrências, os homicídios e os acidentes de trânsito, atingindo na maioria das vezes a população masculina, em especial os jovens.

"Mais do que uma única variável temos um cenário que junta pobreza, desigualdade social, urbanização rápida e acelerada, e ausência de serviços urbanos. Esse conjunto é que realmente gera as altas taxas de violência". A frase da professora Alba Zaluar, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), delimita a moldura desse cenário preocupante.

Ao número de óbitos, estimado em 120 mil por ano, se junta o de internações por causas externas. De acordo com o DATASUS, foram quase 700 mil, em 2001, com 18 mil mortes. O período médio de internação variou entre cinco e oito dias, o que revela a ocorrência de lesões graves. O custo de cada uma ficou em torno de R$ 500,00. Pelo menos 100 mil pessoas morreram sem atendimento médico em acidentes de trânsito, de trabalho, homicídios e outras ocorrências de menor impacto sobre as estatísticas. Não há estimativas sobre o número de feridos que não foram atendidos numa unidade hospitalar.

A análise das estatísticas da violência entre jovens de 15 a 24 anos confere dramaticidade ainda maior ao problema. Um estudo da UNESCO mostra que a mortalidade nesse segmento da população cresceu nos últimos 20 anos. Em 1980, a taxa de mortalidade da população brasileira era de 633 óbitos para cada grupo de 100 mil habitantes. Em 2000, a taxa caiu para 573. No caso dos jovens, o movimento foi contrário: a taxa de mortalidade pulou de 128/100 mil, em 1980, para 133/100 mil habitantes, 12 anos depois.

O mesmo estudo revela que já em 1980 as causas externas eram responsáveis por 52% das mortes entre os jovens brasileiros. Em 2000, dos 45.310 óbitos registrados, 31.851 foram originados por causas externas. O que corresponde a 70% das ocorrências. Entre as tais causas externas de mortalidade, os homicídios lideram as estatísticas em todas as faixas etárias. Mas é acentuada a diferença entre as ocorrências envolvendo jovens de 15 a 24 anos e o restante da

população. Na média nacional, os homicídios são responsáveis por 39,2% dos óbitos entre jovens. No restante da população, esse percentual é de 4,7%. A mesma diferença é registrada nos acidentes de trânsito. Responsáveis por 14,2% dos óbitos entre jovens, contra 3% no restante da população. O quadro é discrepante também entre os suicídios (3% entre jovens e 0,7% nas demais faixas etárias).

Diversos estudos também revelam que as mortes por homicídios são ocorrências notadamente masculinas. No ano 2000, apenas 8,3% dos homicídios envolveram mulheres. Entre os jovens, o percentual é ainda menor: 6,7%. Na população total, a taxa de homicídios envolvendo homens é de 50,2 para cada 100 mil; entre as mulheres, a mesma taxa fica em 4,4 para cada 100 mil. Entre os jovens, essa disparidade é maior: são 97 vítimas de homicídios para cada grupo de 100 mil homens, contra 6,9 por grupo de 100 mil, no caso das mulheres.

O caráter urbano da violência é enfatizado pela coordenadora do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), Diana Meirelles da Motta. Ela lembra que a rede urbana nacional é composta por 111 centros urbanos, que reúnem 440 dos quase 5.560 municípios, abrigando 56% da população nacional. "Esse dado é particularmente importante na elaboração de uma política de combate à violência porque vai determinar que a ação pública seja conduzida de forma conjunta, envolvendo todos os municípios integrantes das aglomerações", afirma. Os dados da UNESCO confirmam essa avaliação. No ano 2000, as capitais brasileiras – zonas tradicionalmente populosas e urbanizadas – registraram 41,5% dos casos de homicídios ocorridos no País.

Imagem sem foco

A ausência de uma coleta racional e abrangente de dados compromete a definição de novas estratégias

Uma grande dificuldade para o planejamento de políticas públicas de combate à violência é o registro dos casos. Dados do IBGE revelam que 2/3 dos que sofrem roubos, furtos e/ou agressões físicas não comunicam o fato à Polícia. Quando registrados, nem sempre os boletins de ocorrência resultam em inquérito.

Outro problema é a metodologia empregada no registro das informações. Cada boletim é computado como uma ocorrência, independente de quantas pessoas envolvidas. O secretário Nacional de Segurança Pública, José Vicente Silva, reconhece que "precisamos melhorar o nosso sistema estatístico".

Nas informações divulgadas pela Secretaria, os dados de homicídios e lesões corporais referem-se apenas às capitais dos estados e ao Distrito Federal. O mesmo ocorre em relação aos acidentes nas estradas, rodovias e ruas brasileiras.

O Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN) também admite o problema. Os DETRANS não repassam devidamente os dados e nem há unificação plena do sistema de informática desses órgãos. Tanto que só em 2001, as multas registradas fora do estado de origem do veículo começaram a ser cobradas efetivamente.

No DENATRAN, os dados tabulados disponíveis referem-se ainda ao primeiro trimestre de 2001. Eles registram que, em todo o Brasil, houve 7.732 mortes em acidentes de trânsito, num total de 120.838 ocorrências contabilizadas. Para se ter uma idéia da disparidade dos números, os estudos da UNESCO, com base no Subsistema de Informação sobre Mortalidade do DATASUS, revelam que, em 2000, o número de mortes deste tipo chegou a 29.421, somente nas capitais brasileiras.

O trânsito retrata a importância de programas educativos e do uso da lei no combate à violência. A promulgação do Código Brasileiro de Trânsito, em 1997, provocou uma queda no número de acidentes, na proporção de 6% ao ano. Mas o afrouxamento da fiscalização trouxe a reversão dessa tendência, a

Perto de oito mil brasileiros morreram vítimas do trânsito em 2001

partir de 2000. A responsabilidade pela regressão também deve ser atribuída aos políticos. Nas campanhas eleitorais de 1998 e 2002, muitos candidatos anistiaram multas aplicadas nas vias brasileiras como forma de conquistar a confiança e o voto dos eleitores.

SINAV: tecnologia auxilia o SUS a mapear situações de traumas e mortes

Informação de qualidade

Sistema criado pelo MS avança na identificação do quadro de mortes decorrentes de causas externas

No âmbito do modelo público de atendimento em saúde, o aperfeiçoamento do processo de comunicação e conseqüente controle dos casos de violência está sendo buscado por meio do desenvolvimento do Sistema de Informações em Saúde para Acidentes e Violências (SISAV). O SISAV já está em pleno funcionamento, após um período de estudos e testes que demorou perto de dois anos no Amapá e Rio Grande do Sul.

Além dos projetos piloto, o Ministério da Saúde, por dois meses, submeteu à consulta pública o projeto de implantação do SISAV. Foi quando profissionais envolvidos no fluxo de informações dos agravos encaminharam propostas para melhoria do Sistema por meio da Internet. O resultado desse processo de consulta demonstrou que a participação das equipes de saúde é de vital importância para a implementação de novos modelos de controle.

O sistema de informações é complementar aos que já estão sendo utilizados. No entanto, ele se propõe a fazer uma abordagem diferenciada, apontando as causas de morbidade e mortalidade dentro das causas externas. Um aspecto importante é que o SISAV detalha aspectos até então considerados pouco relevantes.

O SISAV esta disponível nas unidades de atendimento das secretariais estaduais e municipais de Saúde através da rede do DATASUS. A interface é clara, simplificada e foi construída a partir de um moderno software. Uma de suas características é que ele possibilita o acesso e o controle dos dados de forma proporcional à hierarquia do órgão envolvido e do serviço que tenha sido executado.

O detalhamento dos dados é evidenciado pela quantidade de informações solicitadas nos três itens básicos de cadastro: identificação do paciente, da ocorrência e do agravo. No caso do paciente, são 11 quesitos, que vão do número do cartão do SUS ao bairro onde a vítima reside. A identificação da ocorrência é feita a partir de oito itens, como endereço, data, hora e nome da pessoa que trouxe a vítima à unidade de atendimento.

No que trata dos agravos, é solicitada informações como natureza da lesão, a evolução do caso, o momento de um eventual óbito e o agente causador. Outra vantagem: o Sistema também consolida, atualiza e imprime relatórios sobre as ocorrências, quando acionado.

A implantação do SISAV é uma das medidas práticas já adotadas em decorrência da implementação das Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e Trânsito e Violência. No entanto, como destaca o secretário de Assistência à Saúde, Renilson Rehem de Souza, “é imprescindível que o compromisso profissional e a consciência cidadã sejam as forças determinantes na identificação das causas externas e seus possíveis fatores de risco”. ■

“Temos um tipo de violência que não é só brasileiro”

Entrevista com Maria Cecília de Souza Minayo

Com mais de uma dezena de títulos publicados no Brasil e no exterior, o nome de Maria Cecília de Souza Minayo é referência para a Saúde Pública. Coordenadora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES), ligado à Fundação Oswaldo Cruz, ela descobriu na cruzada pela redução dos indíces de criminalidade um novo desafio para melhorar a qualidade de vida. Nesta entrevista, ela mostra sua visão e suas propostas para enfrentar este problema.

Como entender a explosão da violência no Brasil ?

A questão da violência no Brasil tem uma explosão, mas não é de agora. Ela vem desde o final da década de 70. Nos anos 80, as taxas de violência se acentuam em todo o País, fazendo com que no final do período já passe a ser a segunda causa de mortalidade. A violência social é um dos fatores explicativos, pois ocorre na sociedade e não se conhece em toda a história da humanidade nenhuma que não tenha violência. Na Bíblia, já temos a história de Caim e Abel. É um fenômeno inerente à vida social, portanto, é social. É histórico porque cada época tem expressões diferenciadas de violência. No Brasil, o que nos assusta é o crescimento das taxas de homicídios. Nos últimos 20 anos, as taxas de homicídios cresceram mais de 115 %.

O que explica este fenômeno?

Em primeiro lugar, o crescimento da urbanização. O nosso modelo de urbanização pouco contemplou os direitos dos trabalhadores e dos segmentos pobres, que se deslocaram do campo para as cidades. Essas populações nunca tiveram a garantia dos direitos sociais mínimos. Outro efeito é que esta população rural exposta à vida urbana se secularizou, perdendo os elos de fatores, que – para o bem ou para o mal – exerciam o constrangimento ao ato de violência. Entre estes fatores está a religião. Hoje a socieda-

de é muito mais leiga, secular e crítica. Existe mais inconformidade com o desemprego e a falta de oportunidades, com as fortes desigualdades sociais e a insegurança, sobretudo em relação à população mais jovem. Esta especificidade histórica, no caso brasileiro, vai nos mostrar que é a juventude que está morrendo e cometendo mais violência. A grande vítima da violência é a juventude pobre das periferias das grandes cidades. Os homicídios crescentes entre essa juventude marginalizada se associa às desigualdades sociais, ao desemprego e às oportunidades do mercado ilegal de armas e drogas.

Em que medida os modelos econômico e de urbanização estimulam a exclusão social e a violência?

Hoje, temos um tipo de violência que não é só brasileiro, mas é sobretudo latino-americano. É fomentado, principalmente, por um mercado ilegal de drogas e armas, que necessita, para sua alimentação, de uma economia dinâmica. Aparentemente, é contraditório quando se observa a situação de miséria das vítimas da violência. Mas o quadro social e econômico em que a criminalidade opera congrega elevadas taxas de desemprego, desigualdades sociais acentuadas e elevado consumismo. Este tipo de crime é fundamentado na dinâmica da economia. Se desenvolve em cidades com população acima de 50 mil habitantes, com escala de mercado para consumo dos produtos ilegais de armas e drogas, carros e cargas roubadas. Outra característica é que esse crime se fortalece e se expande com o enfraquecimento e a ausência das políticas de Estado. Estes crimes envolvem grandes riquezas e poder no mundo globalizado. Não podemos esquecer que os tráficos de drogas e armas representam o segundo e o terceiro negócios do mundo. A ausência do poder público permite o conluio de políticos, empresários e juízes com o crime organizado.

O crime organizado já atua no País. Quais são os riscos para as nossas instituições democráticas?

Estamos vivendo um momento de perplexidade. O Estado não está sabendo atuar, fica como barata tonta. Tudo é muito novo. O crime organizado não é o crime da favela, mas o crime globalmente organizado. Hoje, não há riscos institucionais porque há uma forte consciência na sociedade e nos poderes públicos que esta situação tem de ser revertida. Nas propostas dos candidatos à Presidência da República ficou claro o compromisso com uma ação mais contundente do Estado, estabelecendo instrumentos mais fortes e articulados de combate à violência e ao crime organizado.

"Hoje, a catedral da globalização e do consumo são os *shoppings centers*. As igrejas deram lugar aos *shoppings*, e muitos jovens acham que a vida é isso."

A delinqüência juvenil não se restringe à juventude pobre e marginalizada. Há um avanço de criminalidade nos filhos das classes média e alta. Como explicar este fenômeno?

Estamos vivendo um momento de transição histórica. A globalização se expressa só no sentido econômico e materialista. O que leva a um peso exacerbado no consumismo e numa economia pensada muito mais em função dos instrumentos financeiros e de poder, não como uma economia a serviço da população. Isto contamina a consciência da juventude, que passa a agir com pouco sentido de solidariedade social e política. É um traço deste momento histórico que estamos vivendo. Espero, como otimista que sou, que nós como sociedade resolvamos esse problema, achando caminhos para que a globalização seja a globalização da cultura, seja a globalização das oportunidades e benefícios. Uma globalização a favor da sociedade e não de pequenos grupos.

A globalização tem desfinanciado o Estado, tornando-o incapaz de responder com políticas públicas eficazes às demandas da sociedade. Isto não é um empecilho na superação das fontes geradoras da violência?

A globalização centrada no fator econômico, na concentração de poder e de consumo, perpetua as condições de geração da violência. Hoje, a catedral da globalização e do consumo são os *shoppings centers*. As igrejas deram lugar aos *shoppings*, e muitos jovens acham que a vida é isso. Daí, essa cultura consumista. No caso brasileiro, tem uma coisa mais forte, que é a inércia da desigualdade social. Há mais de 50 anos que as diferenças de classe não se alteram. O Brasil está morto do ponto de vista das desigualdades sociais. Não há sinal de troca, não há sinal de vida. Isto é fundamental para a mudança, e esta mudança não é externa. Não será o FMI ou o G7 ou o G8. Ela vai vir por uma política interna para melhorar a educação, mas para melhorar mesmo. Uma política de geração de renda e de oportunidades de emprego. A juventude

tem que sentir que vale a pena viver nesse País. Que existe um projeto de Nação, que ela constrói junto. Caso contrário, vai procurar outros interesses. Quando não é chamado a ser participante de um projeto nacional, se sente excluída. O jovem tem de ser ator e sujeito da construção.

"A ausência do poder público permite o conluio de políticos, empresários e juízes com o crime organizado."

Qual é o papel da mídia na superação da violência?

A mídia tem um papel fundamental. Temos realizado um estudo, principalmente com a televisão, pela importância que exerce sobre a juventude. A mídia tem uma função relevante na construção dos valores humanísticos e de solidariedade. É preciso diminuir os programas de violência na televisão, que banalizam e estimulam o ato da violência. Ela pode ser um instrumento para ajudar a superar as discriminações raciais e de classe, além de contribuir para diminuir a violência doméstica. A mídia de Brasília teve um papel fundamental na campanha pela paz no trânsito na região, que obteve uma radical diminuição nos acidentes de trânsito e valorizou o respeito ao pedestre. Ela teve um papel educativo.

Qual o diferencial do olhar da saúde pública sobre a violência?

A área da saúde tem alguns papéis fundamentais. O primeiro é a visão intersetorial dos problemas porque a saúde é a resultante das condições sociais, ambientais e econômicas. A saúde tem uma cultura de pensar e agir intersetorialmente. Os gestores da saúde podem, se quiserem, se transformar em líderes em relação à problemática da violência. O segundo aspecto central é que o olhar da saúde sobre a violência é completamente diferente do setor de Segurança Pública. A nossa filosofia é de promoção da saúde e da qualidade de vida. Temos que entender que, assim como a saúde, a violência também é uma resultante. A violência é um sinal de que as coisas não vão bem. A saúde na sua cultura de prevenção tem uma proposta que é muito mais a favor das pessoas, do que de punição. A idéia do setor de Segurança Pública, embora se fale da segurança preventiva, é de criminalizar o agressor em relação à vítima. O setor Saúde trabalha na perspectiva de que tanto o agressor, como a vítima, devem ser tratados, para que a violência seja vencida. Ele tem uma visão humanística e uma compreensão mais abrangente do fenômeno da violência.

Qual o papel do controle social e da participação da sociedade na superação da violência?

Temos que pensar o controle social incluindo a mídia. O controle social tem que pensar a violência na perspectiva dos direitos humanos e dos direitos sociais. A questão social tem que ser enfatizada na definição de uma política pública articulada para a superação da violência. Alguns indicadores sociais melhoraram nos anos 90, mas a ênfase foi dada à estabilidade econômica. Não que a estabilidade econômica não seja importante, mas a questão social não foi priorizada como política pública e de governo. O controle social deve se voltar para isso, aglutinando forças para que os investimentos públicos priorizem as políticas sociais. A violência é um sintoma, não é uma doença. É preciso se atacar a doença na sociedade com políticas públicas eficazes.

Quais seriam as ações prioritárias num quadro que se caracteriza como uma "epidemia da violência"?

A prioridade é a questão social, que tem que ser colocada como foco. O Brasil é muito rico, mas ele é composto de gente, não só de riquezas naturais. Depois, é preciso repartir o problema senão fica muito difícil trabalhar. Será necessário identificar como o problema da violência se configura e se manifesta do ponto de vista local. Uma questão central é a urbanização descontrolada das grandes cidades, o que exige uma política de desconcentração populacional. A política de segurança pública é importante, mas deve identificar as questões centrais para atuar. Os tráficos de drogas e armas têm impulsionado a explosão da violência no Brasil. Como atacar este mercado ilegal? Esse é o desafio e o embate a ser enfrentado, tanto do ponto de vista local como nacional. As fronteiras não podem ficar abertas e um sistema de vigilância mais global e sofisticado é indispensável e inadiável.

"Os gestores da saúde podem, se quiserem, se transformar em líderes em relação à problemática da violência."

E como funciona o sistema prisional brasileiro ?

Eu acho que temos que repensar todo o sistema prisional para que ele trabalhe, efetivamente,

na recuperação das pessoas. O sistema atual funciona como um grande celeiro produtor da marginalidade e da criminalidade. É preciso descongestionar as grandes cadeias e se adotar um modelo de pequenas penitenciárias com os presos trabalhando. Eles precisam produzir. A ociosidade, verdadeiramente, é a mãe de todos os vícios. A população dos presídios é formada basicamente pela juventude pobre das grandes cidades. É um barril de pólvora deixá-los à toa. Esta é uma prioridade estrutural, porque não vai produzir efeitos imediatos, mas, com certeza, promoverá mudanças a longo prazo. O processo civilizatório exige medidas dessa natureza.

Por que há dificuldade do Brasil adotar uma política de desarmamento, já que a facilidade da arma transforma conflitos banais em homicídios?

Esse é um mercado globalizado que movimenta muito dinheiro. Os interesses são muito altos, desde os locais até os internacionais. Infelizmente, temos a corrupção atuando e a postura leniente dos controladores. Temos de ter uma decisão política decisiva para enfrentar a força desse mercado globalizado, com uma ação coesa do Estado.

Qual a importância da política nacional de combate à morbimortalidade por violência para o setor Saúde?

Temos instrumentos na mão para combater os acidentes de trânsito. Esse é o tipo de violência que pode ser controlado rapidamente. Após a aprovação do novo código de trânsito tivemos uma redução dos acidentes, apesar de pequena. A falta de interesse na implantação e no controle dessa política pública fez diminuir os índices de redução nos acidentes de trânsito. Esse é um problema do Estado Brasileiro, que se mostra frágil e leniente. O crescimento dos homicídios, nos últimos 20 anos, em mais de 100%, e a identificação que a morte atinge, primordialmente, a população masculina de 15 a 39 anos, fornece as bases para uma ação concreta de prevenção. Os idosos também apresentam taxas crescentes de mortalidade por acidentes. Os suicídios, da mesma forma, apresentam taxas de crescimento entre a juventude e os idosos, em locais específicos como na Região Sul. Esses dados são subsídios importantes para a formulação de políticas e definição de metas de controle e superação da violência.

"A juventude tem de sentir que vale a pena viver nesse País. Que existe um projeto de Nação, que ela constrói junto."

Hoje temos um sistema confiável de dados sobre a violência no País? E por que não se planejam as políticas públicas baseadas nessas informações epidemiológicas?

A questão da violência tem uma dificuldade intrínseca na notificação. Freqüentemente não podemos assegurar a causa das mortes. Por exemplo, um suicida pode se matar no trânsito. No caso dos homicídios, temos os cemitérios clandestinos. As taxas de violência são mais altas do que as notificadas. Hoje, a Política de Morbimortalidade aponta a necessidade de se melhorar a confiabilidade da informação e aperfeiçoar os mecanismos de notificação, através da proposta de um sistema de vigilância epidemiológica para as causas externas. Isso, com certeza, ajudará na formulação das políticas tanto locais como as ações de âmbito nacional. Apesar das falhas existentes nos dados sobre violência, os existentes hoje permitiriam a formulação de ações locais e nacionais. Não é por falta de dados que não estamos fazendo nada. Não estamos fazendo é por falta de coragem ou porque achamos difícil, mas também porque muitos não aceitam que a Saúde tem ligação com o problema.

O que seria preciso para a Saúde abraçar esta causa?

Dada a importância e a gravidade do tema, o Ministério da Saúde deveria ter um programa organizado e uma coordenação fortalecida para o setor, assim como existe o programa da aids. Existem muitas ações espalhadas e fragmentadas no interior do próprio Ministério da Saúde. Essa coordenação teria por função articular as ações e pactuar, permanentemente, com os estados, monitorando os dados e os impactos das ações executadas de forma descentralizada.

O discurso da violência como criminalidade é hegemônico no Brasil, sendo comum a defesa de soluções meramente policiais. Como entender os argumentos que defendem uma polícia equipada e violenta e punições severas como solução para a violência?

A idéia da violência como criminalidade ganhou a hegemonia no mundo. Nós desenvolvemos o conceito de direitos sociais, direitos humanos e direitos individuais. Então, tudo aquilo que afeta a nossa pessoa e os nossos bens passa a ser o maior problema para nós. Quando se articula a violência com a criminalidade, se constrói uma leitura individualista. É como se cada crime ofendesse uma pessoa, sem relação com o contexto social, econômico, cultural e histórico.■

Violência urbana e saúde pública

***Rita Barradas Barata**

A violência é um problema intimamente relacionado a problemas sociais maiores, tais como a pobreza, a desigualdade social, o desemprego. Ela tem sido, tradicionalmente, tratada como problema da esfera jurídica criminal, sem que os resultados obtidos pela repressão ao crime pareçam surtir efeitos. Além de ser um problema de ampla magnitude e transcendência social e, por isso, ser de interesse para a saúde pública, a violência pode se vulnerável a certos procedimentos usados para combater outros problemas de saúde. A abordagem de saúde pública pode contribuir através da tecnologia de vigilância de eventos de saúde, análises epidemiológicas e avaliação das intervenções.(1)

As contradições da organização social capitalista – através dos processos de exploração, opressão e alienação – determinam iniqüidades sociais, que tendem a ser percebidas como ilegítimas e, portanto, injustas, reforçando as diferenças étnicas, de classe e de gênero, engendrando conflitos que podem assumir forma violenta. (2)

Estudo realizado com dados de 44 países mostra correlação positiva entre o PIB *per capita* e as taxas de homicídio.(3) Esta observação tem levado os pesquisadores a valorizar as desigualdades sociais, mais do que a pobreza em termos absolutos, nas explicações da epidemia de violência, além de aspectos decorrentes da urbanização e crescimento populacional exagerados. (4, 5)

Os países americanos sofreram, a partir da década de 80, um processo de estagnação econômica e aceleração inflacionária sem precedentes, com aprofundamento das contradições sociais, concentração de renda e aumento, em termos relativos e absolutos, da pobreza e da miserabilidade. Esses processos sociais mais amplos constituíram o pano de fundo para o aprofundamento da violência estrutural, decorrente da própria forma de organização social, aliada a mudanças profundas no perfil de criminalidade com a emergência de narcotráfico e narcoterrorismo como formas de poder social paralelo ao poder do Estado, surgimento dos grupos de extermínio, corrupção das elites políticas e deterioração das políticas públicas compensatórias. (6, 7)

O homicídio é a primeira causa de óbito em homens de 15 a 39 anos em São Paulo, superando todas as outras formas de mortes violentas e todas as doenças. A maioria das vítimas, assim como os agressores, pertence ao grupo de 20 a 29 anos , seguido do de 16 a 20 anos. (8)

Em São Paulo, o crescimento da mortalidade por homicídios foi praticamente generalizado entre os homens de 10 a 59 anos de idade, na primeira metade da década de 80, continuando a crescer no período seguinte apenas entre os adolescentes e adultos jovens. Para as mulheres, o crescimento das taxas de homicídio durante a primeira metade da década de 80 restringiu-se ao grupo de 10 a 39 anos, mantendo-se inalterado nos demais. Na segunda metade da década, o comportamento observado foi de estabilidade ou queda em todos os grupos etários. (9)

Embora a violência urbana esteja presente como um importante agravo à saúde – direta ou indiretamente – afetando toda a população, os riscos de mortalidade por homicídio são bastante diferenciados, segundo as condições de vida dos grupos sociais. As pessoas que vivem nas áreas onde predominam condições precárias de vida apresentam riscos muito maiores do que aquelas que vivem em áreas com melhores condições. Subordinados a essa determinação macroestrutural atuam as diferenças de exposição entre grupos de idade e sexo, modulando o risco de homicídio. (10)

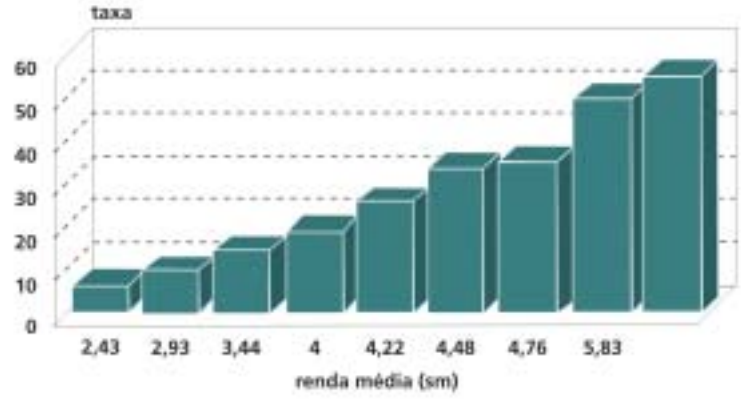
Anel	10 - 19 a	20 - 29 a	30 - 39 a
Central	1.00	1.00	1.00
Intermediário interno	2.48 (1,77-3,48)	1.67 (1,40-1,99)	1.81 (1,46-2,24)
Intermediário externo	3.49 (2,57-4,75)	2.57(2,21-2,99)	2.12(1,75-2,57)
Periférico interno	4.23 (3,77-6,88)	3.15 (2,73-3,64)	2.76 (2,30-3,30)
Periférico externo	5.10 (3,77-6,88)	4.61 (3,98-5,35)	4.45 (3,71-5,34)

Tabela 1: Riscos relativos e intervalos de confiança de 95% para as taxas de homicídio masculinas segundo idade e anel de residência, cidade de São Paulo, 1995

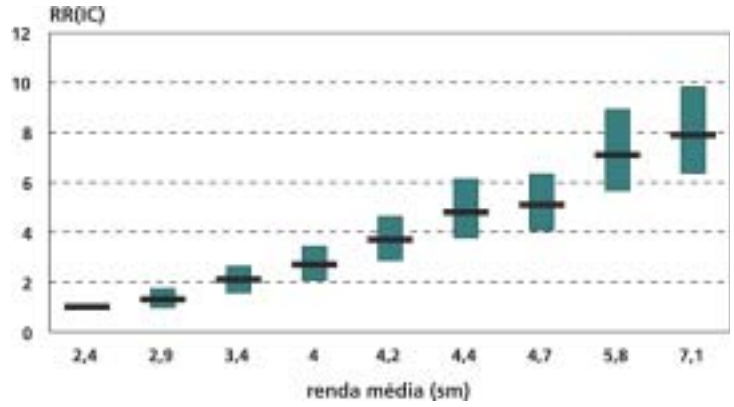
Embora a desigualdade social vá além da desigualdade econômica, a concentração de renda parece ser um bom indicador indireto do grau de insatisfação de necessidades básicas. Em sociedades fundadas no princípio jurídico da igualdade, as iniqüidades econômicas dão origem a muitos conflitos e criam alienação de grande parte da população, sendo a maior fonte de violência criminal (2). Sociedades com grandes disparidades na distribuição de renda tendem a investir insuficientemente em capital humano, dando pouca atenção às áreas sociais como saúde, educação e outros aspectos de promoção e desenvolvimento das potencialidades humanas. (11)

Os gráficos a seguir mostram as taxas de homicídio segundo a renda média dos chefes de família dos municípios paulistas e os riscos relativos, ou seja, a comparação entre a taxa de cada grupo de municípios com aqueles mais pobres. Este gráfico mostra que a idéia simplista de que a violência está associada com a pobreza não se sustenta. Este tipo de associação tem servido mais para discriminar os moradores dos bairros pobres das cidades do que para promover melhor compreensão da violência urbana.(12)

Taxa de homicídio segundo renda (ESP 1996)



Riscos relativos segundo renda média (ESP 1996)



Mais importante do que a pobreza na determinação da violência urbana é a desigualdade econômica e social. É a existência, em um mesmo espaço social, da extrema pobreza e da riqueza mais evidente que fornece o caldo de cultura para o crescimento da violência urbana. É a situação de exclusão diante da abundância e do desperdício que produz a vivência da injustiça social e pode resultar em comportamentos violentos.

Tamanho (1.000 hab)	Razão P90/P20 (renda)	Taxa de homicídio (100.000 hab)
000 - 009	17.70	6.96
010 - 019	18.61	9.42
020 - 049	32.60	14.52
050 - 099	75.14	19.09
100 - 149	85.25	25.78
150 - 199	88.52	33.69
200 - 499	101.28	35.35
500 - 999	201.66	49.64
1.000 e mais	413.94	55.50

Tabela 2: Taxas de homicídio segundo tamanho da população e razão P90/P20, Estado de São Paulo, Brasil, 1996.

A razão P90/P20 é a relação entre a quantidade de dinheiro que os 10% mais ricos da população tem para cada R$1,00 dos 20% mais pobres. Esta medida dá uma idéia da desigualdade econômica que existe nos municípios paulistas. A tabela mostra que a desigualdade existe mesmo nos municípios com menos de 10 mil habitantes, mas ela vai aumentando conforme aumenta o tamanho da população, atingindo o máximo nos municípios com mais de 1 milhão de habitantes. O mesmo acontece com as taxas de homicídio. (12)

Quem são as vítimas de homicídio? Que características têm as pessoas que morrem assassinadas?

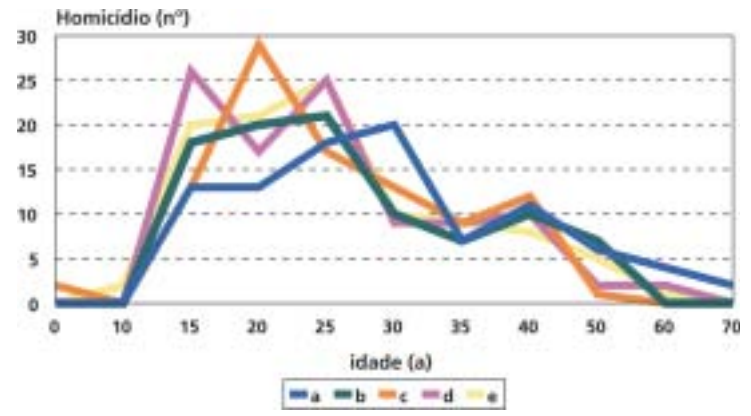
Estrato	Masculino (%)	Feminino (%)	Razão M : F
A	84.0	16.0	5.2 : 1.0
B	93.5	5.4	17.4 : 1.0
C	94.8	5.2	18.2 : 1.0
D	90.0	10.0	9.0 : 1.0
E	97.0	3.0	32.6 : 1.0

Tabela 3: Proporção de homicídios por sexo e razão entre sexos segundo estratos, São Paulo, 1998

A tabela mostra que os homens são as principais vítimas de homicídios em todos os estratos socioeconômicos da cidade. Entretanto, para o estrato A – onde as condições de vida são as melhores – a relação é de cinco homicídios masculinos para cada homicídio feminino enquanto no estrato E – onde as condições de vida são as piores – há 32 assassinatos de homens para cada assassinato de mulher.

DISQUE SAÚDE
0800-61-1997
www.saude.gov.br

Homicídio por idade segundo estrato (São Paulo, 1998)



A maioria das vítimas tem entre 15 e 35 anos de idade em todos os grupos. Quanto piores as condições de vida mais jovens são as vítimas de homicídio.

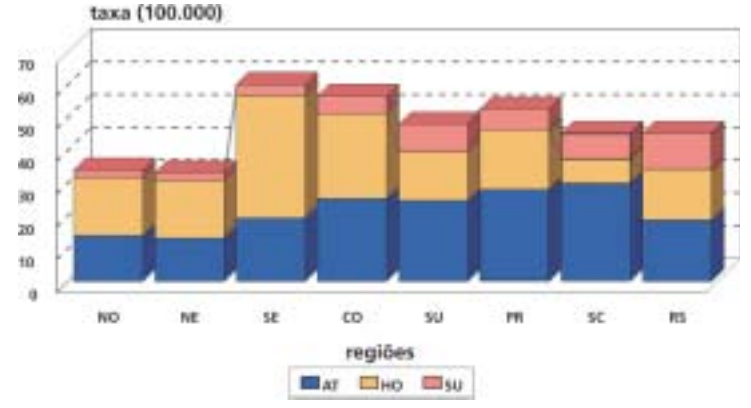
A maioria das vítimas é de cor branca, em todos os estratos. Apenas para as áreas com piores condições de vida há a mesma proporção de vítimas brancas e pardas. Estas características refletem a composição étnica da população de São Paulo.

O nível de escolaridade das vítimas também é compatível com a composição da população. Em todos os estratos predominam as vítimas apenas com educação primária.

Grande parte das vítimas chega a receber assistência médica e, assim, as mortes acabam acontecendo principalmente nos hospitais. Apenas no estrato mais pobre, uma proporção menor das vítimas morre nos hospitais. A morte em via pública aumenta das áreas com melhores condições de vida para as áreas piores. As mortes no próprio domicílio são proporcionalmente mais freqüentes nos dois extremos: o estrato A e o estrato E.

Os crimes são praticados, preferencialmente, com armas de fogo em todas as áreas da cidade. Apenas entre o estrato mais pobre predominam os objetos contundentes. As armas menos utilizadas são as chamadas armas brancas ou objetos perfurantes.

Mortes violentas (Brasil 1999)



O gráfico mostra as diferenças nas taxas de mortalidade por causas violentas nas regiões brasileiras e nos três estados do sul do País. O risco de morte por acidentes de trânsito é mais alto nas regiões Sul e Centro-Oeste, assim como os suicídios. O risco de morte por homicídio é mais alto nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. As regiões mais pobres do País são as que têm menores riscos para mortes violentas, ainda que eles também sejam altos.

Para os estados da Região Sul chama a atenção o risco semelhante para as mortes por acidentes de trânsito, homicídios e suicídios no Rio Grande do Sul. Santa Catarina apresenta o maior risco de mortes por acidentes de trânsito, o Paraná apresenta a maior taxa de homicídios e o Rio Grande do Sul o maior risco para suicídios.

Estes dados mostram que a violência se apresenta sob diferentes aspectos em cada lugar, refletindo as condições particulares que existem em cada estado ou região.

O envolvimento de toda a sociedade no combate à violência é fundamental para o enfrentamento desse problema tão complexo. Não é possível imaginar que apenas a polícia, por mais que aumentem os contingentes de policiais, seus armamentos e viaturas, poderá fazer frente a este que é um mal capaz de desorganizar a vida social.

*** Rita de Cássia Barradas Barata é professora do Departamento de Medicina Social da FCM Santa Casa de São Paulo e foi coordenadora da Comissão Organizadora da 11.° Conferência Nacional de Saúde (2000)**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ROSENBERG, M.L.; O'CARROLL,P.W.; POWELL, K.E. *Let's be clear. Violence is a public health problem* JAMA June 10 1992; 267(22):3071-2.

2. BLAU,J.R.; BLAU P.M. *The cost of inequality: metropolitan structure and violent crime.* American Sociological Review 1982; 47: 114-129.

3. LESTER, D. *Height, gross domestic product and suicide and homicide.* Perceptual and motor skills 1996; 83:1182.

4. CENTERWALL, B.S. *Race, socioeconomic status and domestic homicide* JAMA 1995; 273 (22): 1755-1758.

5. NISBETT, R.E. *Violence and US regional culture* American Psychologist 1993; 48(4): 441-449.

6. AGUDELO, S. F. *Violencia y salud en Colombia.* Revista Panamericana de Salud Pública 1997; 1(2): 93-103.

7. SOUZA, E.R. & MINAYO, M.C.S. *O impacto da violência social na Saúde Pública do Brasil: década de 80. In: Minayo, M.C.S.* Muitos Brasis. São Paulo/ Rio de Janeiro. Editora HUCITEC/ABRASCO 1995.

8. MINGARDI, G., 1996. *Pesquisa sobre a violência na zona sul.* Núcleo de Estudos da Violência Universidade de São Paulo, São Paulo.(mimeo)

9. BARATA, R.B.; RIBEIRO, M.C.S.A.; MORAES, J.C. 1999 *Tendência temporal da mortalidade por homicídios na cidade de São Paulo, Brasil, 1979-1994.* Cadernos de Saúde Pública 15(4):711-718.

10. BARATA, R.B.; RIBEIRO, M.C.S.A.; MORAES, J.C. *1999 Desigualdades sociais e homicídios em adolescentes e adultos jovens na cidade de São Paulo em 1995.* Revista Brasileira de Epidemiologia 2(1/2):6-33.

11. KAWACHI, I.; KENNEDY, B.P.; LOCHNER,K.; POTHROW-SMITH, D. 1997 *Social capital, income inequality and mortality.* American Journal of Public Health 87(9): 1491-1498.

12. BARATA, R.B.; RIBEIRO, M.C.S.A. , *2000 Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996.* Revista Panamericana de Salud Publica/ Pan American Journal of Public Health 7(2): 118-124.

Exclusão territorial e violência: o caso do Estado de São Paulo

***Raquel Rolnik**

Se tivéssemos de apontar apenas um elemento – comum e suficientemente forte – para definir cidades brasileiras histórica e regionalmente distintas, este seria, sem dúvida, a existência (e permanência no tempo) de contrastes profundos entre condições urbanas radicalmente distintas convivendo, muitas vezes conflitando, no interior da mesma cidade. Os morros e o asfalto na Zona Sul do Rio de Janeiro, o centro e as periferias da metrópole paulistana, o mangue e a orla nas cidades à beira-mar são traduções territorialmente distintas da desigualdade de oportunidades urbanas que define nossas cidades.

Mais do que expressar diferenças econômicas e sociais, esse contraste tem implicações profundas na forma e no funcionamento das cidades. O espraiamento em periferias precárias tem levado a uma necessidade absurda de viagens que atravessam a cidade para conectar, cotidianamente, espaços de não-cidade às centralidades concentradoras de emprego, oportunidades econômicas, culturais, etc. Os efeitos urbanísticos decorrentes da persistência desta dinâmica são devastadores e ocorrem nos dois termos desta equação. Nas periferias (ou favelas, ocupações, invasões), o urbanismo é eternamente incompleto e, no mais das vezes, de risco.

Urbanismo de risco é aquele marcado pela insegurança, quer do terreno, quer da construção ou ainda da condição jurídica da posse daquele território. As terras onde se desenvolvem estes mercados de moradia para os pobres são, normalmente, justamente aquelas que pelas características ambientais são as mais frágeis, perigosas e difíceis de ocupar com urbanização: encostas íngremes, beiras de córregos, áreas alagadiças. As construções raramente são estáveis e a posse quase nunca totalmente inscrita nos registros de imóveis e cadastros das prefeituras. O risco é, antes de mais nada, do morador: o barraco pode deslizar ou inundar com a chuva, a drenagem e o esgoto podem se misturar nas baixadas – a saúde e a vida são, assim, ameaçadas. No cotidiano, são as horas perdidas no transporte, a incerteza quanto ao destino daquele lugar, o desconforto da casa e da rua.

Mas, neste caso, o urbanismo é de risco para a cidade inteira. Por concentrar qualidades num espaço exíguo e impedir que elas sejam partilhadas por todos. Os espaços melhor equipados da cidade sentem-se, constantemente, ameaçados por cobiças imobiliárias, por congestionamentos, por assaltos. E quando a erosão causada pelos desmatamentos e ocupações das encostas se acumula nas baixadas, rios e córregos, toda a cidade sofre com as enchentes. E quando o excesso de veículos e viagens provoca o colapso da circulação, é toda a cidade que pára. Portanto, a exclusão territorial na cidade brasileira é mais do que a imagem da desigualdade, é a condenação da cidade como um todo a um urbanismo de risco.

O conceito de "exclusão territorial" foi construído para superar as dificuldades de lidarmos com índices tradicionais de porcentagem de cobertura de infra-estrutura e indicadores gerais de condições de domicílios que não revelam uma imagem fiel das diferenças de condições urbanas no interior de um município. Da mesma forma, a intenção de lidarmos com esse conceito é também a de tentarmos medir a segregação urbana. Escolhemos o termo "exclusão territorial" com a proposta óbvia de relacioná-lo com o conceito de exclusão social, muito mais do que com pobreza ou disparidades sociais.

Um forte argumento na literatura recente liga a violência à pobreza. O nexo é sustentado por dados mostrando que aumentos de violência ocorreram em períodos no quais aconteceram, também, fortes aumentos da pobreza. A recessão dos anos 80 e os efeitos de ajustes estruturais sobre os pobres urbanos levaram a uma severa diminuição nos salários reais e nas oportunidades de emprego a grandes segmentos da força de trabalho (AYRES: 1998). Apesar dessas afirmações serem verdadeiras no caso de São Paulo, a pobreza absoluta em si não pode explicar porque a Região Metropolitana de São Paulo é a mais violenta dentre as metrópoles brasileiras. De fato, a proporção da população abaixo da linha de pobreza em São Paulo, em 1989, (20,90%) era uma das mais baixas entre todas a metrópoles brasileiras. Salvador, com 39,0% da população abaixo da linha de pobreza, é uma das menos violentas, com uma taxa de homicídios de 17,5 por 100 mil habitantes (SINGER: 1997).

Com certeza a desigualdade (ou a pobreza relativa) deve ser levada em consideração para se explicar altas taxas de criminalidade, como apontam alguns estudos em cidades norte-americanas (FREEMAN: 1996). Mas a pobreza, a desigualdade e até mesmo transformações no mercado de trabalho podem ser tratadas de muitas formas diferentes por comunidades e indivíduos, dependendo de sua vulnerabilidade.

A exclusão territorial faz a vida diária insegura e arriscada, bloqueia o acesso a empregos, às oportunidades educacionais e culturais que estão concentradas em enclaves pequenos e protegidos dentro das cidades. Ela nega a possibilidade de utilizar recursos, como a casa própria para gerar renda e criar empregos, na medida em que a maior parte das casas é ilegal e o uso misto é geralmente proibido pelas normas de uso do solo municipal.

Os territórios excluídos constituíram-se à revelia da presença do Estado – ou de qualquer esfera pública – e, portanto, se desenvolvem sem qualquer controle ou assistência. Serviços públicos, quando existentes, são mais precários do que em outras partes das cidades; trabalhar nessas áreas muitas vezes é visto pelos funcionários públicos como "castigo". Mais que isso, viver permanentemente em uma condição de privação de necessidades ambientais básicas faz os habitantes sentirem-se como se suas vidas fossem sem sentido.

Recentes estudos sobre violência demonstram que o homicídio é a principal causa de mortalidade entre os jovens do sexo masculino de 15 a 24 anos de idade.[1] Se olharmos as tendências demográficas das cidades com as maiores taxas de violência, todas elas passaram por imenso crescimento populacional nos anos 70, e começaram a declinar nos 80. Diadema, Embu, Francisco Morato, entre outros, repetem o mesmo padrão. Essas tendências podem ser interpretadas em termos generacionais: a violência cresce nos anos subseqüentes ao grande crescimento populacional. Jovens, nascidos nos anos 70, viveram todas as suas vidas em situação de exclusão territorial e, portanto, em condições de extrema vulnerabilidade. Por

[1] O número crescente de homicídios entre jovens do sexo masculino é uma tendência internacional. Nos Estados Unidos, em 1987, no auge da epidemia de consumo de crack, 4.223 jovens homens entre 15 e 24 anos de idade foram assassinados. No mesmo ano, apenas no Estado de São Paulo, 3171 homens jovens foram mortos (CARDIA: 1998).

volta do final dos anos 80, quando chega a hora de sua inclusão no mercado de trabalho e formação de famílias, não existem empregos nem meios disponíveis para enfrentar a situação. A violência então toma conta, com seu sentido ambíguo de desespero e heroísmo.

Mas a exclusão territorial não é uma fatalidade ou um tema que deva ser tratado apenas em termos econômicos. Há exemplos de sucesso no Brasil, demonstrando que a existência de capital social e a disposição do poder público em dividir poder com as comunidades de baixa renda são essenciais para transformar a urbanização de risco rumo a um modelo mais igualitário e sustentável, com menos perigo de conflitos violentos.

Raquel Rolnik é arquiteta, urbanista e mestre em Planejamento Urbano pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP e doutora pela New York University. É professora titular de Planejamento e coordenadora do curso de mestrado em Urbanismo da PUC de Campinas. É membro do corpo técnico do Instituto Pólis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, R. L., *"Crime and Violence as Development Issues in Latin America and the Caribbean".* World Bank Latin American and Caribbean Studies – Viewpoints: Washington, DC, 1998.

CARDIA, N., *"A Violência Urbana e os Jovens".* in *PINHEIRO, P. S. et alii. São Paulo, sem medo - um diagnóstico da violência urbana. Rio de Janeiro: Garamond,* 1998.

FREEMAN, R.,*"Why do so many young american men commit crimes and what might we do about it?".* Journal of Economic Perspectives, 1996.

ROLNIK, R., *A Cidade e a Lei - Legislação, Política Urbana e Territórios na Cidade de São Paulo.* Studio Nobel/FAPESP: São Paulo, 1998.

ROLNIK, R. & CYMBALISTA, R. *"Instrumentos Urbanísticos contra a Exclusão Social".* Revista Pólis, Instituto Pólis: São Paulo, 1997.

SINGER, P., *Social Exclusion in Brazil. Geneve:* International Institute for Labor Studies/Labor Institutions and Development Program, 1997

Pacto para superar a violência

A explosão da violência fez o Conselho Nacional de Saúde priorizar o tema em seu campo de atuação. Em 2001, criou uma comissão para acompanhar o assunto e aprovou as diretrizes da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

Estas decisões sensibilizaram os gestores do SUS e seus órgãos de controle social a tratar a questão da violência também como um problema de saúde pública. A realidade aponta que a mortalidade por causas externas já representa a segunda causa de óbitos no Brasil.

As chamadas "causas externas" compreendem mortes provocadas por agressões, acidentes de trânsito, de trabalho e domésticos, suicídio, e intoxicações. Dessas causas, os homicídios e os acidentes de trânsito representam 62,5% do total de óbitos.

O Conselho Nacional de Saúde reconhece e valoriza a conquista de uma política nacional no âmbito do Sistema Único de Saúde para enfrentar a violência. Um trabalho que aponta para articulações intersetoriais e a implementação de uma rede para notificações de causas externas, o fortalecimento de estruturas de atendimento e assistência, a capacitação de recursos humanos e a educação em saúde para o trânsito. Entretanto, sabe que a violência exige uma decisão de Estado para enfrentá-la, envolvendo um conjunto amplo de propostas articuladas, a parceria do Congresso Nacional e o engajamento da sociedade civil organizada.

Através da Comissão Intersetorial de Trauma e Violência e de sua Secretaria Executiva, o CNS articulou parceria junto à Subcomissão Especial de Violência Urbana e Segurança Pública da Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior da Câmara dos Deputados. Um dos frutos foi a realização de um Seminário Nacional sobre Violência Urbana e Segurança Pública, cuja idéia era discutir de forma ampliada a problemática da violência no Brasil, com a certeza que uma ação governamental eficaz exige uma reflexão madura e compartilhada.

A Subcomissão Especial realizou quatro audiências públicas como forma de preparação para o seminário. Elas trataram de diferentes aspectos sobre o tema Violência Urbana e Segurança Pública, como formas de diagnóstico do caso brasileiro, a relação entre a Saúde a violência no País, as políticas de Segurança Pública e as perspectivas de implementação de uma política nacional integrada de combate à violência.

Nas audiências públicas, por exemplo, foi diagnosticado que a violência se revela de forma incisiva no crescimento dos homicídios, vitimando especialmente os adolescentes e os jovens moradores das periferias das grandes cidades. Em geral, são do sexo masculino e das

camadas da população de baixa renda, vítimas também do processo de urbanização desordenado, que se caracteriza pela carência de infra-estrutura, equipamentos e de serviços urbanos.

Outra conclusão: as políticas públicas são de má qualidade ou inexistentes, tornando as oportunidades de acesso à educação, saúde, trabalho, moradia digna, lazer, esporte e cultura limitadas. Mais do que a pobreza, a violência foi explicada como conseqüência das profundas e históricas desigualdades sociais, conjugadas à ausência do Estado e ao crescimento do tráfico de drogas e de armas.

Esta leitura da realidade da violência se fez com base na análise das situações dos estados mais violentos, como Rio de Janeiro, Espírito Santo e Pernambuco – nos quais as taxas de homicídios se apresentam na proporção de 50 por 100 mil habitantes. Tratam-se de cenários distintos dos de estados pobres como o Piauí, que apresenta uma taxa de cinco homicídios por 100 mil habitantes.

As discussões também apresentaram a polícia como ineficaz e com recursos humanos incapacitados para agir em defesa do cidadão. A descrença nas forças de policiamento se revelou pelos seguintes indicadores: apenas 18,5% das ocorrências resultam em inquérito; 89% dos casos de roubo deixaram de ser investigados; e 81% dos de estupro não foram sequer investigados.

Esses e outros indicadores levaram os participantes das audiências a apontar a violência como um problema de saúde pública. Um fenômeno que pode ser prevenido e superado se atacado a partir de seus fatores geradores. Concluiu-se ainda que a violência apresenta um alto custo econômico, além de causar sofrimento humano e social às famílias das vítimas e à sociedade como um todo. O paciente traumatizado por causas externas atendido pelo SUS representa 6% das internações, em geral com custos mais elevados que pacientes internados por causas naturais. Dados da Rede Sarah de Hospitais indicam que 42% dos internados eram vítimas de acidentes de trânsito e 25% de disparos de armas de fogo.

Também chamou a atenção durante os debates a visão dos participantes sobre a segurança pública. No que se refere ao assunto, identificou-se a necessidade ir além do mero policiamento repressivo, buscando-se o fortalecimento das ações de cunho preventivo, com ênfase no desenvolvimento urbano ordenado, na saúde, educação e geração de trabalho e renda, além da manutenção do homem no campo e desenvolvimento racional das pequenas e médias cidades.

A visão tradicional de segurança pública – centrada na repressão e punição – foi avaliada como insuficiente e inadequada para o enfrentamento da escalada da violência no Brasil. Em parte, como se observou durante as audiências, esta seria a causa da distorção que tem levado à crise das polícias, promovendo a repulsa social aos agentes da segurança pública. Nesse sentido, foi apontada a necessidade de se repensar a política de segurança pública, com a criação de mecanismos de participação e controle social da comunidade em sua relação com as instituições policiais.

Um avanço que mereceu destaque durante as reuniões foram as recentes diretrizes das ações públicas da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e da Política Nacional de Segurança Pública, prepararadas pelo Ministério da Saúde, que apresenta um Plano de Prevenção à Violência.

Diagnósticos regionais

Seminários buscaram nos Estados as propostas para enfrentar o problema do crime e da violência

A realização dos Seminários Regionais sobre Violência Urbana e Saúde Pública foi uma recomendação do Seminário Nacional de Violência Urbana e Segurança Pública. A iniciativa teve o objetivo de aprofundar o debate com a sociedade e suas instituições políticas no âmbito local. A mudança de eixo temático dos encontros foi conseqüência da reflexão de que a superação da violência não se dá no campo restrito da política de segurança pública.

O Seminário Nacional concluiu que antes de ser policial, a violência é uma manifestação da crise nas políticas públicas e da incapacidade do Estado em manter, com qualidade, os direitos sociais. A escolha da saúde pública como parâmetro para discutir a violência se ampara no fato específico de que este campo analisa de forma intersetorial os problemas de natureza social, se norteando pela prevenção e promoção da qualidade de vida.

O conceito de cidades saudáveis, sobre o qual se erguem as ações da saúde pública, tem como princípio a articulação das diversas políticas públicas, com participação e controle social, no processo de construção democrática de uma sociedade justa e equilibrada. A saú-

de, no seu sentido mais amplo, deve ser entendida como a busca do bem-estar físico, social, econômico, mental, ambiental e cultural, como prevê a OMS.

Houve quatro Seminários Regionais no primeiro semestre de 2002. O do Sudeste aconteceu em Belo Horizonte (MG), nos dias 24 e 25 de maio. Recife (PE) sediou o encontro do Nordeste, em 27 e 28 de maio de 2002. O terceiro – da Região Sul – ocorreu em Curitiba (PR), entre 10 e 11 de junho. A rodada foi concluída em Belém (PA), com o do Norte, em 19 e 20 de junho. No Centro-Oeste, não foi realizado devido ao clima eleitoral que colocou obstáculos para um debate sem a influência dos interesses políticos.

Os parceiros da Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior e do Conselho Nacional de Saúde foram as Assembléias Legislativas dos Estados e os Conselhos Estaduais de Saúde, que trabalharam na mobilização das entidades, dos gestores, dos centros de pesquisas, das universidades, e das entidades organizadas da sociedade civil, sempre em nível regional.

Nos encontros realizados, buscou-se traçar um diagnóstico regional sobre o fenômeno da violência e propor diretrizes para adoção de políticas intersetorias de superação das

Carta de Brasília: compromisso pela qualidade de vida

A Carta de Brasília é o documento político gerado pelo Seminário Nacional de Violência Urbana e Segurança Pública, realizado na Câmara dos Deputados, pela Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão de Direitos Humanos.

Realizado nos dias 30 e 31 de outubro de 2001, o Seminário contou com representações de 15 estados. Durante dois dois dias de palestras, debates e grupos de trabalhos, estiveram presentes nomes dos governos federal, estaduais e municipais; do Ministério Público Federal; do Congresso Nacional; do controle social em saúde; do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente; de diversas universidades brasileiras, ONGs e movimentos sociais de defesa dos direitos humanos e sociais.

Na Carta foi reconhecido que a segurança é um direito social, individual e coletivo, garantido na Constituição de 1988. Apesar de constatar que a violência representa um dos principais problemas enfrentados pelo País, adverte que as estatísticas ainda não revelam a verdadeira face desse desafio, seja nos seus tipos interpessoal, institucional ou formalmente organizado.

O documento afirma ainda não ser a pobreza um condicionante à violência, mas que as populações desenraizadas, submetidas a condições de vida precárias, em assentamentos destituídos de habitalidade e serviços urbanos básicos, geram violência e criminalidade. Argumenta também que a ausência de planejamento urbano e de políticas públicas intersetoriais são apontadas como barreiras ao processo de superação da violência.

O fortalecimento e a ampliação dos espaços de democratização do Estado e do exercício da cidadania são reconhecidos como instrumentos eficazes na construção de diretrizes para as políticas e ações do Poder Público, tendo como parâmetros valores como saúde, vida, justiça e paz.

Traduzindo de forma sistemática os debates que transcorreram durante o Seminário, a Carta de Brasília alerta que a violência e a criminalidade devem ser compreendidas como uma questão relacionada às ordens social, econômica e cultural. Da mesma forma, que a crise no sistema de justiça e segurança pública deve ser enfrentada com uma ampla discussão nacional, que aponte ações preventivas direcionadas à juventude e à violência doméstica, além de promoverem mudanças no modelo penitenciário nacional.

O texto destaca a educação como uma política pública essencial para a formação da cidadania, devendo ser priorizado o estímulo à cultura da paz no processo educativo, além da instituição de uma política nacional de educação em direitos humanos.

No contexto dos direitos humanos, foram apontados os efeitos da discriminação e do preconceito na composição da violência, que atinge os negros, os índios, as mulheres e os homossexuais. Foram destacadas ações para se combater esses problemas, como a formação de conselhos estaduais e municipais de superação da discriminação e a melhor capacitação de policiais.

No campo da saúde pública, foi reconhecida a necessidade de implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em face do quadro de epidemia registrado nos indicadores de mortalidade por homicídios e acidentes de trânsito. A Carta de Brasília afirma que esta ação tem na intersetorialidade e na articulação das políticas públicas função estratégica, capaz de envolver os diversos setores governamentais e da sociedade no intuito de minimizar o impacto da violência.

causas desse problema e para a promoção da qualidade de vida. Em todas as regiões, apontou-se a necessidade de ações intersetoriais e articuladas no campo da segurança, educação, saúde, planejamento urbano, políticas sociais, desenvolvimento regional, políticas sociais e de distribuição de renda e combate à fome e à miséria.

Alguns aspectos relacionados às peculiaridades dos condicionantes da violência em caráter regional se destacaram. No Sudeste, a área mais atingida pelo impacto da morbimortalidade por causas externas, chamaram a atenção os problemas da saúde, indicando-se a desumanização do atendimento e a precariedade na estrutura do SUS para receber as vítimas. A exclusão social e o desrespeito à cidadania também foram identificados nos serviços e equipamentos públicos de educação, transporte, segurança, infra-estrutura, esporte, arte e cultura. O modelo econômico e a urbanização acelerada e desordenada foram considerados responsáveis pelo quadro.

O destaque no Nordeste foi dado aos efeitos das desigualdades regionais, que atingem a qualidade de vida da população. Entre as formas de mensurar a situação, foi apontada a deterioração das condições de habitação e de saneamento básico, que influenciam diretamente nas taxas de mortalidade infantil e no componente das diferenças sociais que geram a violência.

A ausência da Reforma Agrária apareceu no Norte como um fator que gera a violência local. No entanto, de acordo com os participantes do Seminário Regional, deve vir acompanhada de ações que ofereçam aos assentados infra-estrutura no campo, fornecendo condições de vida e trabalho para a população rural. Sem isso, a mera divisão das terras funcionaria como gerador de mais conflitos e da migração desordenada para áreas urbanas, levando ao surgimento de favelas nas grandes cidades e criando nas zonas urbanas um novo foco de marginalização.

O combate a miséria e às desigualdades sociais: meta para reduzir a violência

As questões ligadas às estradas e ao trânsito foram destaque no Seminário do Sul. Outra preocupação registrada foi a importância de criar uma política de planejamento urbano, com estímulo às pequenas comunidades rurais através do incentivo à agricultura familiar e com propostas efetivas de distribuição de renda e de democratização ao acesso a bens e serviços públicos.

De um modo geral, a violência foi pensada como uma conseqüência do processo de globalização. Os participantes dos seminários regionais concluíram, ainda, que a deterioração das políticas públicas é o primeiro reflexo de que as demandas aos direitos sociais básicos não estão sendo atendidas e satisfeitas. A percepção é de que se formou na sociedade brasileira uma elite que usufrui de todos os benefícios da modernidade produtiva e de cultura da impunidade e da corrupção.

A própria concepção da violência é ampliada, não se satisfazendo com os enquadramentos conceituais do saber sistematizado. O fenômeno, sob a ótica de quem vive a desigualdade, é retratado no cotidiano pela diferença. São situações prosaicas, mas que comprovam a existência desse fosso, na visão dos debatedores. Entre os exemplos, eles citaram o o transporte coletivo caro e desconfortável, a moradia sem saneamento e água potável, a escola sem professor e sem vagas, a ausência de quadras de esporte para o lazer, de hospitais distantes e de postos de saúde sem remédios.

Eles enumeram ainda o medo do assalto e a descrença na polícia, a falta de trabalho e o emprego mal remunerado, as cidades sem banheiros públicos e sem iluminação, o desprezo ao aposentado pobre, à fome e à subnutrição, o preconceito e a discriminação, a falta de justiça, de solidariedade e até de esperança. ■

CDUI e CNS: uma parceria de futuro

***Maria do Carmo Lara**

A parceria estabelecida entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Câmara dos Deputados, através da Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior (CDUI), será cada vez mais essencial para garantir o controle democrático sobre as ações das políticas públicas de nossas cidades, que afetam diretamente a imensa maioria dos brasileiros. O Seminário Saúde e Saneamento Ambiental promovido pela CDUI na Câmara, em agosto de 2001, foi o marco inicial da aproximação com o Conselho, dando oportunidade para se discutir por que há política de descentralização, universalização e controle social para a saúde e não há para o saneamento. Pela primeira vez, naquele seminário, trabalhadores e dirigentes de empresas de saneamento de todo o País debateram com trabalhadores e dirigentes da política nacional de saúde e lideranças do movimento comunitário o direito do povo brasileiro à uma política de saneamento ambiental para todos os brasileiros. O saneamento deixou de ser problema ligado apenas às empresas de água e esgoto, envolvendo somente engenharia e obras, evoluindo para as questões de saúde e saneamento ambiental, percebendo-se que o bem-estar do cidadão passa pela junção de saúde e saneamento, uma vez que um sem o outro representa doença. A questão do saneamento ambiental é abrangente: ficou caracterizado que o conceito de saneamento básico tem de ser ampliado para saneamento ambiental, incorporando além dos aspectos relacionados à água e esgotamento, a questão da drenagem e gestão sustentável dos recursos hídricos, resíduos sólidos, do controle de vetores e da poluição em geral, unindo problemas da saúde, educação, ambiente e desenvolvimento urbano. Dada as implicações de interdependência da saúde e saneamento, do ponto de vista epidemiológico, e pela sua importância para a promoção e proteção da saúde, a política de saneamento precisa ser formulada em sintonia com a de saúde. A política de saneamento deve seguir princípios que garantam a universalidade, eqüidade e integralidade dos serviços. É importante que essa política seja formulada através de um processo de ampla participação social, sendo absolutamente incompatível com a regras de gerenciamento das leis de mercado. Ao permitir a convergência de esforços inter-setoriais, de segmentos tão relevantes para a qualidade de vida de nosso povo, lança novos olhares sobre velhos problemas. Permite soluções originais e de grande sinergia para enfrentarmos no território urbano, os desafios de construção de um novo Brasil, justo, fraterno e solidário.

Em outubro, um novo seminário, dessa vez sobre a Violência Urbana e a Segurança Pública, nossa parceria com Conselho Nacional de Saúde enfatizou o ponto de vista da vítima, permitindo uma nova abordagem sobre esse mal, que é hoje uma verdadeira síntese da complexa problemática urbana: a violência. Como desdobramento foram realizados seminários regionais em Recife, Curitiba, Belo Horizonte e Belém, ampliando a participação da sociedade civil nesse debate, contribuindo com a descentralização e o controle social, ajudando a identificar mais os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde com as Assembléias Legislativas e Câmara Municipais.

Entre as conclusões finais desse amplo debate destacaríamos: a necessidade de vencermos as resistências à informação sobre a violência, a falta de efetiva vontade política do poder público, as visões setorizadas, os fatores culturais, e tantos outros, construindo um banco de dados nacional confiável sobre a violência em nosso País. Que a maioria das vítimas e agressores são jovens entre 15 e 29 anos e são assassinados por arma de fogo. As estatísticas revelam também que não há correlação direta entre pobreza e violência, mas, podemos dizer que os maiores índices estão nas populações desenraizadas. Os assentamentos humanos feitos sem respeito às relações entre as pessoas geram violência e criminalidade. A urgente necessidade de um planejamento urbano e de uma política intersetorial, integrada e inovadora, capaz de enfrentar com sucesso a segregação territorial nos espaços urbanos, integrando a população no acesso aos aparelhos e serviços das cidades. Não basta, portanto, identificar o déficit habitacional ou o grave problema da fome. O fenômeno da violência requer uma postura ampla na realização dos diagnósticos e a implementação de políticas públicas integradas e integradoras, visando à conquista plena do exercício dos direitos básicos da cidadania.

Cidade-Cidadã na IV Conferência das Cidades

Essas parcerias e seminários que estão se tornando regulares, reunindo parlamentares, prefeitos, movimentos populares, autoridades de saúde e sanitárias, lideranças comunitárias, toda a sociedade civil, representam uma esperança de estancar e reverter a perigosa e constante decadência, depauperação e violência que assolam as cidades brasileiras. E um dos maiores eventos que se realiza atualmente na Câmara Federal – promovido pela Comissão do Desenvolvimento Urbano e Interior – é fruto dessas iniciativas. A Conferência das Cidades em sua versão número IV, acontece nos próximos dias 3, 4 e 5 de dezembro, tendo como tema: "A Cidade Cidadã – As diversas formas de superação da violência". Tudo isso é de grande importância neste momento de transição política, produzindo documentos como a Carta de Brasília, que será oferecida aos novos governantes do País e dos estados, com formas alternativas de superação da violência urbana e outros problemas das cidades, ressaltando a necessidade da intersetorialidade (transporte, saúde, urbanismo, saneamento, etc.) no enfrentamento dessa grave questão, numa visão mais ampla da cidadania.

A I Conferência das Cidades (1999) ficou centrada no Estatuto da Cidade, enquanto lixo e resíduos sólidos dominaram os debates da II Conferência (2000). Já a última Conferência (2001) priorizou o tema das habitações populares: "Moradia digna para todos". Na IV Conferência das Cidades, de agora, serão desenvolvidas oficinas de trabalho sobre saneamento ambiental, moradia popular, direito à cidade, saúde e violência, juntamente com um painel que abordará o tema do Planejamento das Cidades e a Violência Urbana. Haverá ainda uma Tribuna Partidária para a manifestação dos líderes dos diversos partidos sobre as políticas de superação da violência no Brasil. Os seus grupos temáticos debaterão a violência nas escolas e sua integração com a comunidade; violência urbana como uma questão de saúde pública; informalidade do mercado de trabalho, desemprego e níveis de violência urbana; direito ao lazer, déficit habitacional e o mapeamento da violência; consistência das ações do Estado no combate à delinqüência e proteção do cidadão; políticas públicas de previdência e assistência social aos excluídos e discriminados, níveis de participação solidária da sociedade.

Por último, há que se ressaltar que esta IV Conferência das Cidades representará, sem dúvida alguma, um marco importante no debate sobre a violência urbana em nosso País no que diz respeito à participação da sociedade civil organizada em diálogo com o parlamento brasileiro.

Maria do Carmo Lara é deputada federal (PT-MG) e atual Presidente da Sub Comissão de Violência Urbana da Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior/ Câmara Federal.

A gestão social da violência

***Carmen S. de Oliveira**

A magnitude do comportamento violento no Brasil, bem como os impactos da violência crônica, tornaram o enfrentamento dessas questões um tema, necessariamente, multiprofissional e com abrangência para além da área de segurança e dos espaços institucionais. Constitui-se, hoje, em uma prioridade de caráter emergencial, na medida em que até a governabilidade corre riscos.

A generalização do fenômeno da violência praticamente deixou a todos vulneráveis. De um lado, há o clamor da população por soluções, a espetacularização pela mídia e a centralidade na pauta das campanhas eleitorais. De outro lado, estão sentimentos como a falta de proteção oficial, a descrença na eficiência jurídica, a perda da credibilidade das normas, além da corrupção, da impunidade e da deterioração das condições de trabalho das polícias.

Acuada, a população acaba se entrincheirando cada vez mais ou, então, legitimando práticas que ameaçam a garantia dos direitos humanos, tais como a banalização da brutalidade, a justiça com as próprias mãos e a adoção de medidas mais severas e punitivas (as demandas pelo rebaixamento da idade penal e pelo endurecimento das penas, por exemplo).

Isto é compreensível, dado o baixo nível de consciência cívica em nosso País. Desamparados e estimulados à dependência e assimetria no poder, parece restar aos brasileiros o uso defensivo da indiferença ou a busca de saídas individuais, colocando em crise a dimensão coletiva. Além disso, existem os prejuízos causados pelos *apartheids* sociais, pela discriminação racial e pelo conflito de classes, partindo a cidade e excluindo grupos que, sem perspectivas de incorporação, não vêem motivos para a solidariedade ou vínculos contratuais.

Em decorrência, emerge o "comportamento individual oportunista". Constroem-se laços sociais perversos como vemos, por exemplo, na relação traficantes–membros da comunidade, que é em grande parte pautada pela oferta de proteção às custas de acumpliciamento e uso da força. Tais modalidades de pertencimento minguam ainda mais as relações de cidadania, onde as lealdades privadas acabam sobrepondo-se às lealdades públicas.

Neste cenário, o enfrentamento do problema da violência passa, necessariamente, pelo controle social, enquanto mobilização dos cidadãos para um maior protagonismo na gestão da urbe, pelo menos em dois planos.

Em primeiro lugar, trata-se de canalizar as insatisfações populares no sentido de exigir a garantia das conquistas constitucionais, o que significaria fazer prevalecer o princípio da reciprocidade, isto é, o dever do cidadão e do Estado em respeitar a lei, pressionando os governos para a adoção de uma enérgica política de investimentos na área social, o que evitaria, entre outras coisas, os altos custos decorrentes das atuais omissões.

Além disto, diante do fracasso do Estado Mínimo é urgente a revalorização das políticas públicas, com um novo perfil do Estado, em especial quanto a uma gerência com melhor qualidade e que garanta serviços bem administrados, articulados e descentralizados. Quanto às políticas de segurança, diante da perda do monopólio pelo poder público (na medida em que é crescente a privatização das responsabilidades de controle e repressão ao delito), uma das saídas propugnadas por vários especialistas é a criação de políticas municipais de segurança, com envolvimento direto das comunidades.

Em se tratando das instituições sócio-educativas e penais, historicamente isoladas da sociedade e operando na obscuridade, caberia propor mecanismos de controle, tais como auditoria técnica externa, inspeção regular por comissões (compostas pela sociedade civil, familiares e ativistas em direitos humanos), corregedorias mistas e monitoramento transparente de informações.

Cabe lembrar que inexistem sistemas de dados geo-referenciados capazes de mapear, em tempo real, as ocorrências em segurança pública no Brasil. O que temos é um trabalho "às cegas" e a exclusão dos cidadãos pela desinformação, deixando-os mais vulneráveis ao alarmismo. Todavia, mesmo quando a legislação garante o controle social, como na Lei de Execução Penal, a participação comunitária é restrita e episódica, suprindo carências materiais das instituições, em detrimento do debate sobre as políticas penitenciárias.

Tais constatações reforçam a tese de que não bastam apenas metas de desenvolvimento social, pois este processo deve se fazer acompanhar do fortalecimento da democracia, o que nos leva a pensar num segundo nível a ser investido: a reconstrução do capital social. Incluiríamos aqui todas as ações no sentido do restabelecimento da confiança e mobilização de conexões intergrupais. Neste caso, se buscaria suscitar a abertura às relações transversais, para além das clivagens de grupos isolados e suas identidades. Para tal finalidade, caberia ativar redes de colaboração permanente, que incluíssem o trabalho voluntário, a universidade, os setores empresariais, os sindicatos, o terceiro setor, etc. Ou seja, o maior número possível de parceiros mobilizados para a imensa reconstrução do habitat.

Particularmente, enfatizo o protagonismo juvenil, pelo acesso dos jovens aos direitos básicos, mas também para a conquista de sua autonomia. No caso da juventude de periferia, os recursos materiais e simbólicos poderiam ser priorizados, através da valorização de suas formas de organização e expressão. Em síntese, tais possibilidades demonstram que não estamos, necessariamente, condenados à truculência cotidiana no Brasil. A "bomba relógio" da cultura da violência pode ser desativada, mas para isto é urgente a conjugação dos esforços civis resistindo às mesquinharias de nossos tempos.

Carmen S. de Oliveira é psicóloga, doutora em Psicologia Clínica (PUCSP), professora e pesquisadora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos/RS. Membro do Conselho Penitenciário Estadual do Rio Grande do Sul e ex- presidente da FEBEM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, M. ***et alli. Gangues, Galeras, Chegados e Rappers*****. Garamond: Rio de Janeiro, 2002.**

CÂMARA DOS DEPUTADOS. ***Caravana Nacional de Direitos Humanos: Uma Amostra da Realidade Prisional Brasileira.*** **Brasília, 2002.**

KLIKSBERG, B. ***América Latina: Uma Região de Risco, Pobreza, Desigualdade e Institucionalidade Social*****. UNESCO: Brasília, 2000.**

OLIVEIRA, C. S. de. ***Sobrevivendo no Inferno: a Violência Juvenil na Contemporaneidade*****. Sulina: Porto Alegre, 2001.**

VIEIRA, O. V. ***Políticas Públicas e Estratégias de Atendimento Sócio-Educativo ao Adolescente em Conflito com a Lei.*** **Ministério da Justiça: Brasília, 1998.**

Uma nova abordagem

Implantado há mais de dois anos, o Plano Nacional de Segurança Pública também expressa a compreensão de que o combate à violência requer uma abordagem mais ampla do problema, levando a elaboração de propostas que contemplem a integração de vários órgãos governamentais e da sociedade. Mas as dificuldades na execução do orçamento ainda são o maior empecilho para que as ações de prevenção e repressão sejam efetivamente implementadas.

"Mais que um elenco de intenções, o Plano Nacional de Segurança Pública é um compromisso definitivo do Estado brasileiro com a proteção da sociedade". A frase consta do documento de divulgação do Plano Nacional de Segurança Pública, lançado em 20 de junho de 2000. Oito dias antes, durante quatro horas, as redes de tv haviam exibido ao vivo o drama da professora Geisa Firmo Gonçalves e de outros passageiros do ônibus da linha 174, seqüestrado pelo ex-sobrevivente da Chacina da Candelária, Sandro do Nascimento.

Geisa morreu atingida pelo disparo de um PM que tentava livrá-la do seqüestrador. Sandro morreria minutos depois, por asfixia, no camburão da Polícia.

O Plano Nacional de Segurança Pública foi uma resposta à perplexidade que tomou conta da sociedade. Mas dois anos e meio após o seu lançamento, o balanço indica que o compromisso do Estado parece ser mesmo definitivo, embora ainda haja uma boa distância entre intenção e gesto.

O PNS articula as ações de vários órgãos do Governo Federal – não só os ligados à área da Segurança Pública – e propõe uma série de ações desenvolvidas em parceria com os Estados, ONGs e outras entidades da sociedade.

São quatro medidas estruturais, 15 compromissos e 124 ações que objetivam o aperfeiçoamento do sistema de segurança pública brasileiro, por

meio de propostas que integrem políticas de segurança, políticas sociais e ações comunitárias de forma a reprimir e prevenir o crime e reduzir a impunidade.

As chamadas ações sociais e comunitárias conferem ao Plano Nacional de Segurança Pública um *status* especial no rol de medidas previstas nas políticas de redução da morbimortalidade. Ao Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Segurança Pública, cabe o papel de gestor do PNS.

As ações de apoio da União aos governos estaduais visam ao reequipamento das suas polícias, o treinamento e qualificação dos policiais civis e militares e das guardas municipais, o aperfeiçoamento dos sistemas de informações e estatísticas policiais, a implantação de programas de polícia comunitária e a reestruturação das polícias técnicas e científicas. Para financiar essas ações, foi criado o Fundo Nacional de Segurança Pública.

Em 2001, foram repassados R$ 251 milhões a estados e municípios. Em 2002, outros R$350 milhões. No total, foram R$ 600 milhões que o secretário Nacional de Segurança Pública, José Vicente de Paula, confirma terem sido, efetivamente, distribuídos.

Em dezembro de 2002, a Secretaria divulgou um balanço das ações do PNS, com foco nas ocorrências criminais nas capitais brasileiras, no primeiro semestre de 2002, em comparação com o mesmo período do ano passado. Apesar dos esforços, entre os dados divulgados, o secretário destacou o aumento dos homicídios dolosos em Goiânia (45%), Salvador (21%) e Rio de Janeiro (19%). Rio Branco, Macapá, São Luís, Fortaleza, Aracaju, Campo Grande e Cuiabá não remeteram informações.

Isso fez a Secretaria definir que o repasse de verbas será priorizado para os estados que estejam em dia com o encaminhamento dos dados. "Não é possível adotar a política pública adequada de prevenção à criminalidade sem um banco de dados de qualidade", afirmou Vicente de Paula.

O secretário também enfatizou a importância das iniciativas pedagógicas voltadas para o combate à violência, algumas fruto de parcerias com ONGs. É o caso do programa "Escola na Prevenção da Violência", implantado no Rio de Janeiro, que já treinou 60 mediadores que, atuam como multiplicadores nas comunidades levando noções de cidadania e respeito aos direitos humanos aos moradores.

Também merece registro, de acordo com Vicente de Paula, um projeto desenvolvido pelas Forças Armadas junto a adolescentes entre 15 e 17 anos, em nove estados brasileiros. Denominado "Agentes Jovens de Desenvolvimento Social e Humano", o programa, orçado em R$ 15 milhões, já treinou 17 mil jovens.

Outros números do Plano Nacional de Segurança Pública também impressionam: 400 mil policiais já foram submetidos a programas de recapacitação, 30 mil novos equipamentos de informática repassados às secretarias estaduais de Segurança Pública, 14 mil novas viaturas entregues às polícias civil e militar nos estados.

Vicente de Paula também destaca o estímulo oferecido aos estados que integrarem as operações das polícias civil e militar, por meio da criação dos chamados Centros de Operação. Essa medida tem por objetivo dar conotação prática a uma idéia – a integração das forças policiais – que ainda enfrenta muita resistência para ser transformada em lei pelo Congresso Nacional.

Ao falar sobre a questão da violência urbana, o secretário defende a adoção da chamada "Lei Seca", que consiste na antecipação do horário de fechamento dos bares. "Em algumas regiões da cidade de São Paulo, a adoção da Lei Seca diminuiu os índices de criminalidade em 50%", justifica ele. Ele também defende o aprofundamento da integração entre a polícia e a comunidade. Como exemplo, cita a cidade de Diadema (SP), que desenvolveu um programa do tipo financiado pelo Banco Mundial e viu a taxa de homicídios, que era de 130 por 100 mil habitantes, reduzida para 50/100 mil nos últimos dois anos. ■

Ações do Plano Nacional de Segurança Pública:

- Estímulo à integração operacional das polícias Civil e Militar
- Campanhas de Desarmamento
- Programa "Escola na Prevenção da Violência"
- Construção de casas abrigo para mulheres em situação de risco
- Programas de Proteção a Vítimas e Testemunhas
- Programa Bolsa Escola
- Revitalização da sinalização das rodovias federais
- Iluminação pública em áreas de risco nas grandes cidades
- Programas de erradicação do trabalho infantil
- Mutirões para educar e profissionalizar detentos
- Estímulo à adoção de penas alternativas
- Aperfeiçoamento do Sistema de Informações Judiciais e de Segurança Pública

Planos do novo governo

"É com grande satisfação, sentimento de dever cumprido e também muito preocupado, como todos os brasileiros, que apresento este projeto cujo objetivo é contribuir para que seja devolvido aos cidadãos de nosso País o sagrado direito democrático à segurança pessoal, familiar e comunitária."

Foi dessa forma que o presidente eleito do Brasil, Luis Inácio Lula da Silva, introduziu o Projeto Segurança Pública, idealizado para ser colocado em prática durante o novo Governo. Fruto de 15 meses de trabalho, essa proposta consolida contribuições de especialistas em segurança pública, membros dos Três Poderes nas três esferas administrativas, líderes de comunidades, associações representativas e centros universitários.

A intenção da proposta é convocar a unidade nacional para enfrentar e vencer um inimigo comum: a violência, em todas as suas formas (do crime organizado que usa colarinho branco aos assassinatos, estupros e seqüestros). "O País mergulhou na insegurança e no medo. Ninguém está protegido contra a violência. O problema ocupa o centro das preocupações de todos nós e atravessa a sociedade de alto a baixo. Pobres e ricos sofrem com o avanço da violência e da barbárie", argumenta o presidente Lula, que continua suas observações ao citar que populações inteiras na periferia das grandes cidades vivem sitiadas, sob o domínio de criminosos de todos os tipos, inseguras frente às graves deficiências das corporações policiais.

O Plano de Segurança Pública coloca a juventude como uma de suas principais preocupações. No documento, ela é apontada como vítima de "um verdadeiro genocídio, existindo áreas onde os registros demográficos revelam um déficit de jovens do sexo masculino só comparável ao verificado nos países em guerra".

Lula em sua apresentação do documento faz um alerta. Segundo ele, é urgente é inadiável dar um basta a tal situação. "A reversão desse quadro calamitoso somente será alcançada se os brasileiros se derem as mãos em torno de uma nova mentalidade diante do problema", ressalta o novo presidente, para quem se exige um novo comportamento da sociedade e a introdução de profundas mudanças em todo o sistema de segurança pública.

Ao finalizar o diagnóstico do problema, o presidente eleito reconhece que a violência no País decorre "obviamente dos graves problemas sociais que permeiam a vida de milhões de brasileiros, aos quais foram negados direitos elementares como o trabalho, moradia, terra, educação e saúde". Isso indica que pela visão que se pretende implementar na administração pública, a superação dessa realidade dramática tornou-se um desafio.

Cidadania para todos

Combater as desigualdades, como forma de reduzir a violência: esta é a proposta do Presidente eleito

De acordo com o Programa de fortalecimento da segurança pública no País apresentado pelo então candidato à Presidência da República, Luis Inácio Lula da Silva, os próximos anos deverão contar com um "um governo comprometido com a justiça e com o exercício da ética na política, determinado a aprofundar a democracia incorporando os brasileiros mais pobres à cidadania plena, estendendo a todos os homens e mulheres de nosso País os direitos civis e os benefícios do Estado Democrático de Direito"

O plano propõe dedicar-se ao combate à violência, em todas as suas formas: da fome à tortura, do desemprego à corrupção, da desigualdade injusta à criminalidade. Em sua argumentação, os responsáveis pela proposta afirmam que a violência criminal atinge todos os segmentos sociais no Brasil, dos mais ricos aos mais pobres, o que faz da insegurança uma experiência amplamente compartilhada. Os crimes contra o patrimônio atingem, preferencialmente, os estratos sociais superiores e os crimes contra a pessoa (homicídios dolosos) vitimam, sobretudo, os mais pobres, principalmente os jovens de 15 a 24 anos. As conclusões estão em acordo com os principais estudos realizados sobre esse cenário no País nos últimos tempos.

"Ninguém está livre da violência criminal. Esse caráter difuso da insegurança é confirmado pelo fracasso das políticas de segurança truculentas praticadas nas últimas décadas, na maioria dos estados. Cercar as regiões nobres das cidades e lançar as polícias como cães sobre a periferia não resolve". A afirmação, que integra o Plano de Segurança Pública, coaduna com a opinião dos que a prepararam de que "essas políticas produzem o terror nas periferias, mas nem por isso conseguem garantir a defesa dos bairros privilegiados".

No texto se afirma que a segurança é um bem por excelência democrático, legitimamente desejado por todos os setores sociais, que constitui direito fundamental da cidadania, obrigação constitucional do Estado e responsabilidade de cada um de nós. Daí a conclusão apresentada: "ou haverá segurança para todos, ou ninguém estará seguro no Brasil." A seguir, apresentamos algumas das principais propostas encaminhadas para execução no âmbito federal. Ressaltamos que outras medidas também são sugeridas nas esferas estadual e municipal de gestão.

De uma forma geral, o eixo de reflexão recai sobre a proteção da vida e da juventude, do combate aos tráficos de armas e drogas, e pelo estabelecimento de políticas sociais que reduzam as desigualdades, garantindo a todos educação, emprego, eliminação de todos os tipos de preconceito, culminando com a criação de um Sistema Único de Segurança Pública na União e nos estados, com interface com os municípios por meio das guardas civis, como marco de um novo modelo de polícia para o Brasil. ■

As ações têm como prioridade a nova geração de brasileiros

A segurança vista pelos olhos do então candidato Lula*

- Criação da Secretaria de Estado de Segurança Pública - vinculada ao Ministério da Justiça, que será responsável pela coordenação da política nacional de segurança pública;

- Criação da Escola Superior de Segurança e Proteção Social, destinada à formação básica de policiais, agentes penitenciários e demais profissionais da área, cujo funcionamento envolverá unidades regionais;

- Instituição de políticas contra a violência doméstica e de gênero, com a implantação do Programa Nacional de Prevenção e Redução da Violência Doméstica e de Gênero;

- Adoção de Políticas Públicas com foco prioritário na juventude excluída, traduzindo-se em programas nacionais e em apoio às iniciativas dos estados e dos municípios voltadas para as seguintes metas:

    - Garantir a segurança alimentar e a educação nutricional;
    - Aprimorar as condições de saúde, saneamento e habitação;
    - Proporcionar renda mínima;
    - Combater o trabalho infantil e a exploração infanto-juvenil;
    - Qualificar a educação, o ensino supletivo e o técnico-profissionalizante e combater a evasão escolar;
    - Conscientizar sobre as responsabilidades da paternidade e da maternidade;
    - Difundir informações sobre drogadicação e prover tratamento para usuários;
    - Difundir informações sobre sexualidade, contracepção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, particularmente a Aids;
    - Aprimorar o processo de urbanização, democratizando seus benefícios;
    - Criar espaços de lazer nas periferias e áreas populares;
    - Criar espaços apropriados e estimular a difusão do esporte, de práticas culturais e artísticas, sobretudo nas áreas mais pobres.
    - Os programas orientados para essas metas devem ser integrados, compondo intervenções globais, multissetoriais, ainda que o âmbito de sua aplicação sejam áreas distintas

- Proposição aos governadores da realização de um pacto em torno do Plano Nacional de Segurança, visando à instalação de um processo de construção social da paz;

- Realização de um mutirão pela paz em parceria com a sociedade civil.

- Confirmação da nova abordagem da segurança pública, sensível à sua complexidade multidimensional (criminológica, psicológica, moral, econômica, social e cultural);

- Definição de novos princípios e novas metas para as instituições de segurança pública, que devem servir à paz, à redução da violência, à cidadania, às leis e aos direitos humanos, conferindo prioridade à prevenção, à mediação de conflitos, à investigação cientificamente orientada, e usando a força nos limites estritos da legalidade;

- Implementação de Programa de Combate ao Tráfico de Armas.

*** As medidas relacionadas dizem respeito às ações propostas para o âmbito federal. Para conhecer a íntegra do Plano de Segurança Pública acesse o *site* http://www.pt.org.br/lulanet/**

Armas na mira da lei

Os parlamentares eleitos em 2002 iniciarão seus mandatos com uma série de desafios. Além de projetos que garantam estabilidade econômica e a melhor distribuição de renda no País, estará um outro que pode representar, literalmente, uma questão de vida ou de morte: o desarmamento da sociedade brasileira.

O assunto foi dado como morto no Congresso Nacional antes mesmo da votação de outubro. Com a falta de articulação ou mesmo de vontade política de enfrentar o problema de frente, o jeito foi empurrar com as urnas a questão para a próxima legislatura.

O debate nacional em torno da proposta de desarmamento surgiu em junho de 2000. O cenário era desolador, pois as discussões surgiram no clima de revolta após o seqüestro e assassinato televisionado da professora Geysa Firmo Gonçalves, em pleno coração do Rio de Janeiro, no dia 12 de junho de 2000. Acossada durante horas por Sandro Nascimento, 21 anos, a moça que saiu do Nordeste para realizar o sonho de ensinar crianças carentes morreu com um disparo da arma de um policial militar que errou o alvo.

A transmissão do seqüestro durante horas na TV mostrou que a violência também pode gerar um *reality show* de tons sombrios. Pior, deixou claro que qualquer cidadão pode fazer parte desse elenco. O presidente Fernando Henrique Cardoso fez um pronunciamento logo após o trágico desfecho do caso da professora Geysa e prometeu medidas enérgicas para desarmar a população civil.

A polêmica no Congresso em torno das propostas de limitação e controle no uso de armas registrou, até o momento, pelo menos uma cena emblemática: a declaração do senador Íris Rezende (PMDB-GO), presidente da Comissão Mista de Segurança Pública, de que tinha armas em casa. "Legalmente registradas", como se apressou em explicar para logo depois defender, com veemência, o desarmamento.

O relator da Comissão, deputado Moroni Torgan (PFL-CE), ex-delegado federal e com larga experiência no corpo-a-corpo com a criminalidade, garante que o tema terá contornos de prioridade na próxima legislatura. De acordo com ele, isso acontecerá a partir de fevereiro de 2003, principalmente devido à pressão popular e do próprio Governo. Contudo, ele admite que a proibição total de armas ainda exigirá muita discussão.

Preocupado com a solução do problema, de imediato, Torgan defende a ampliação do prazo da pena aplicada aos contrabandistas de armas, que passaria de cinco para 15 anos de prisão. Mas as soluções, ou melhor, as novas regras ainda terão de passar pelo filtro do consenso. Só na Câmara dos Deputados tramitam 143 projetos relativos à violência e à segurança pública. Pelo menos 30% deles tratam da questão do desarmamento.

O Governo defende a proibição do comércio de armas para civis. Dados divulgados pela secretarias de Segurança Pública de São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador revelam a presença de armas de fogo em 7% das residências. Em 1997, 80 mil armas foram roubadas, furtadas ou extraviadas no Estado de São Paulo. Como é lógico supor que portadores de armas sem registro que foram roubadas não levam o caso à polícia, o número de armas que realimentam o mercado ilegal e o mundo da criminalidade é muito grande.

Outras pesquisas de vitimização realizadas em São Paulo revelam que as armas de fogo estão presentes em 90% dos roubos praticados no País. Essa combinação explosiva reforça os argumentos dos favoráveis à proibição do porte de armas para civis.

Mas ainda há mais balas na agulha. Um estudo do sociólogo Guaracy Mingardi, do Núcleo de Estudos da Violência da USP, com base no registro de 164 ocorrências de homicídios na capital paulista, revela que em 35% dos casos existia um relacionamento entre autor e vítima.

As estatísticas levam à conclusão de que a proibição do porte de arma por civis poderia ter impacto significativo na redução do número de homicídios de causa passional, por motivo fútil e decorrentes da ingestão de bebida alcoólica ou drogas. É o que diz estudo publicado no *site* Conjuntura Criminal (www.conjunturacriminal.com.br) de responsabilidade do sociólogo Túlio Khan, coordenador de Pesquisas do Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e o Tratamento do Delinqüente.

Segundo ele, o resultado decorre de uma projeção sobre o impacto do desarmamento sobre a criminalidade. "A idéia da lei que proíbe o porte e a comercialização de armas é diminuir os níveis de violência interpessoal", diz o coordenador do site.

Participação de armas de fogo na mortalidade - ano 1998/2000

UF / REGIÃO	N° Total de Óbitos				N° Homicídios			
	Total Óbitos 2000	Por arma de fogo 2000	% em 2000	% em 1998	Total Homic. 2000	Por arma de fogo 2000	% em 2000	% em 1998
Acre	2.649	49	1,8	3,4	107	40	37,4	52,3
Amazonas	10.972	261	2,4	2,9	553	248	44,8	42,7
Amapá	1.908	41	2,1	5,0	155	33	21,3	45,4
Pará	22.590	525	2,3	2,7	805	458	56,9	56,5
Rondônia	5.564	301	5,4	6,4	482	278	57,7	62,6
Roraima	1.382	52	3,8	5,9	128	47	36,7	40,2
Tocantins	4.743	123	2,6	2,6	177	100	56,5	60,3
Norte13,5	49.808	1.352	2,7	3,4	2.407	1.204	50,0	52,9
Alagoas	14.836	495	3,3	2,6	724	482	66,6	71,7
Bahia	54.035	1.515	2,8	3,0	2.037	1.470	72,2	62,9
Ceará	34.642	696	2,0	1,7	1.226	653	53,3	51,1
Maranhão	16.075	204	1,3	1,7	343	138	40,2	45,9
Paraíba	18.579	396	2,1	2,0	518	385	74,3	62,3
Pernambuco	53.041	3.587	6,8	7,3	4.140	3.497	84,5	82,6
Piauí	12.720	132	1,0	0,8	232	100	43,1	28,2
Rio Grande do N.	13.397	276	2,1	1,7	256	148	57,8	62,9
Sergipe	9.702	294	3,0	2,1	393	268	68,2	59,6
Nordeste	227.027	7.595	3,3	3,4	9.869	7.141	72,4	71,3
Espírito Santo	18.366	1.028	5,6	6,9	1.446	1.007	69,6	68,9
Minas Gerais	97.161	1.528	1,6	1,2	1.970	1.319	67,0	53,9
Rio de Janeiro	115.285	6.741	5,8	5,7	7.331	6.124	83,5	79,0
São Paulo	249.334	10.631	4,3	3,0	15.632	9.683	61,9	45,0
Sudeste	480.146	19.928	4,2	3,4	26.379	18.133	68,7	57,6
Paraná	58.413	1.301	2,2	2,2	1.769	1.085	61,3	59,5
Rio Grande do S.	69.822	1.658	2,4	2,1	1.658	1.247	75,2	69,6
Santa Catarina	28.977	314	1,1	1,1	423	221	52,2	48,9
Sul	157.212	3.273	2,1	2,0	3.850	2.553	66,3	62.6
Distrito Federal	11.206	591	5,3	5,5	770	565	73,4	73,8
Goiás	22.725	773	3,4	2,8	1.004	643	64,0	61,6
Mato Grosso do S	11.968	747	6,2	5,2	996	697	70,0	67,9
Mato Grosso	11.503	496	4,3	6,0	644	442	68,6	65,1
Centro-Oeste	57.402	2.607	4,5	4,4	3.414	2.347	68,7	67,2
Brasil	971.595	34.755	3,6	3,2	45.919	31,378	68,3	61,2

Fonte: SIM/DATASUS

Jogo de interesses

Propostas de ONGs e exemplos do exterior indicam o caminho para minar o comércio de armas no País

Mais que aspectos socioculturais e de segurança, a proposta de desarmamento da sociedade acirra os ânimos porque está no centro de uma complexa rede de interesses econômicos. No Brasil, o porte ilegal de armas passou de contravenção a crime em 1997, com pena de um a dois anos de prisão.

Os portadores de armas receberam um prazo para se recadastrar, mas apenas 26% dos registros foram renovados em São Paulo. O descontrole do Estado com relação à situação também é flagrante. A Polícia Federal informa que no Brasil existem 4,5 milhões de armas registradas, mas admite que este número não corresponde nem à metade do número efetivo. E qual é esse número? A resposta fica no campo das suposições.

O consenso entre o Governo Federal, as ONGs e a sociedade em geral é de que o desarmamento é fundamental para redução dos índices de violência. Uma pesquisa do Instituto Vox Populi , feita em 1998, revelou que 78% dos brasileiros defendem o fim da concessão do porte de armas aos civis. Para o coordenador de Desarmamento do Movimento Viva Rio, Antônio Rangel Bandeira, a América do Sul está muito atrasada em relação a esse problema.

Os dados disponíveis mostram com clareza essa associação. No ano 2000, as armas de fogo foram utilizadas em 68,3% dos homicídios cometidos no País. Entre os jovens de 15 a 24 anos, o percentual é ainda maior: 74,2%. O uso descontrolado de armas é componente importante no enredo da violência nas grandes concentrações urbanas. O secretário Nacional de Segurança Pública, José Vicente da Silva, cita a cidade de São Paulo, onde 60% dos homicídios foram motivados por discussões fúteis e 30% ocorreram em bares ou nas imediações deles.

A complexidade e o jogo de interesses que permeiam as discussões no Congresso Nacional transferem para a sociedade a responsabilidade de buscar fórmulas alternativas para desarmar a população.

A causa entusiasma um número cada vez maior de ONGs. Há três anos, apenas o Movimento Viva Rio promovia campanhas pelo controle do uso de armas no Rio de Janeiro. Até outubro de 2002, já eram 39 organizações não-governamentais que olhavam o assunto com interesse. Desde 2001, o dia 12 de junho passou a ser a data nacional consagrada ao desarmamento. Este ano, 10 mil armas foram destruídas na capital carioca. Também são comuns, em todo o País, campanhas educativas que estimulam crianças a trocar armas de plástico por por brinquedos educativos.

Sugestões não faltam. Há relatos de experiências de países onde a apreensão de armas teve como penalidade a execução de serviços de interesse coletivo, como asfaltamento de ruas ou ainda outros, nos quais houve a troca de armas por vales para comprar mantimentos.

Em Mendonza, na Argentina, onde a experiência deu certo, além de mais segurança e menores índices de criminalidade, a idéia deu lucro para os pequenos comerciantes da região. Isso por que eles aceitaram trocar os vales por comida, incrementando a economia local. ■

Sociedade em ação: trator destrói armas apreendidas em campanha de desarmamento

Violência, prisões e saúde

***Deise Benedito**

"O Brasil se desenvolveu como Nação através do uso desmedido de práticas violentas, entre elas o extermínio da população indígena por meio de doenças e massacres e a violência física contra os povos africanos aqui escravizados."[1]

Durante aproximadamente 490 anos, os castigos físicos e psicológicos foram aplicados como forma de disciplina. Para manutenção da lei e da ordem, a prisão e a tortura foram usadas como instrumento de punição, como forma de manter a sociedade sob o controle do Estado.

A violência urbana, a partir dos anos 70, aumentou junto com as crises econômicas constantes que sempre compuseram o cenário nacional nas suas formas mais perversas, seguidas pelo descaso de vários governos com as populações pobres e desprovidas de recursos. O resultado foi o aumento das desigualdades sociais. Com o crescimento desordenado das grandes metrópoles, cresceram também o desemprego e a marginalidade, estimulando, assim, a delinqüência.

A luta pela sobrevivência e o sonho de consumo, estimulado pela mídia, levam para as prisões milhares de jovens, homens e mulheres, entre 18 e 25 anos, na sua maioria semi-analfabetos, oriundos de grandes bolsões de miséria, e de famílias desestruturadas, sem acesso à saúde, ao transporte, à educação, ao trabalho, ao lazer, à justiça e à moradia de qualidade. Isso tudo, somado à ausência de políticas públicas voltadas para as regiões de baixa renda, provoca uma série de insatisfações, substituídas por novos modelos de comportamentos desafiadores, gerados por fatores que contribuem para o crescimento da população carcerária.

O aumento dessa população deu-se principalmente a partir dos anos 80, atingindo em 10 anos somas assustadoras, devido, inclusive, ao uso e ao tráfico de drogas e ao crescimento do crime organizado nas grandes capitais como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte.

A insuficiência de presídios adequados provocou a superlotação dos já existentes, com uma infra-estrutura deteriorada, nos quais os presos enfrentam situações deploráveis, entre elas as precárias condições de higiene, e alimentação pobre e escassa, facilitando a disseminação de doenças como a sarna, a dengue, a tuberculose e a aids. A incrível desatenção das autoridades, jun-tamente com a falta de inspeção da vigilância sanitária, resulta a cada ano na morte de muitos presos.

A saúde física e mental dos presos é um aspecto importante, porém vulnerável, na prisão. O confinamento pode provocar depressão, agressividade e freqüentes conflitos. Parte dessa população é usuária de drogas e, em alguns casos, as crises de abstinência são reprimidas com o uso da força, tanto por parte de agentes como por parte dos próprios presos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos determina no artigo 5.°: "Ninguém será submetido à tortura ou a penas cruéis, desumanas e degradantes". Ao Estado cabe a responsabilidade de assegurar a vida dos presos bem como garantir bons níveis de saúde.

As Regras Mínimas de Tratamento de Presos da ONU visam, especialmente, ao bem-estar físico e mental da população carcerária. A Declaração Universal dos Direitos Humanos prevê no artigo 25: "Cada pessoa tem o direito a um nível de vida adequado que assegure a si e à sua família a saúde e o seu bem-estar". Em nenhum capítulo da Constituição Federal e da Lei de Execuções Penais há restrições quanto ao direito à saúde.

Nas prisões, no entanto, muitos estão impossibilitados de cuidar da sua própria saúde, acarretando assim uma sobrepena. Nos estabelecimentos penais, os próprios presos cuidam dos aspectos ligados à saúde e à higiene, cuidam dos doentes e procuram manter sempre limpa sua cela. As mulheres mantidas em delegacias ou cadeias públicas e presídios femininos têm acesso restrito ou inexistente aos serviços de saúde, devido à insuficiência de escolta ou viaturas e ao risco de fugas.

As mulheres grávidas enfrentam o descaso por parte das diretorias desses estabelecimentos, chegando, em muitos casos, a dar à luz algemadas. Os exames ginecológicos preventivos nem sempre ocorrem, bem como os resultados dos exames de laboratório, quando realizados. O exame médico na chegada do detento no presídio, que deveria ser uma rotina, muitas vezes não acontece. Um dos remédios mais receitados para todas as moléstias na prisão é o famoso "AAS".

O mesmo ocorre com os presos portadores de HIV que com freqüência são submetidos a humilhações por falta de medicamentos. A situação é tão grave que já houve caso em que representantes da Anistia Internacional, em uma de suas visitas, encontraram uma mulher presa, portadora de epilepsia, despida em uma cela de castigo da prisão, em que permaneceu por quatro dias antes da sua transferência para o hospital.

Os tratados e convenções, dos quais o Brasil é signatário, ratificam os direitos humanos, sejam esses universais ou regionais e consagram uma gama de direitos que na prática deveriam ser aplicados a todas as pessoas privadas de liberdade.

"Os profissionais da saúde, sobretudo os médicos e encarregados da prestação de assistência médica a presos e detidos têm o dever de proporcionar proteção à saúde física e mental dos mesmos, bem como no caso de doença e tratamento de qualidade e padrões idênticos aos prestados às pessoas que não se encontram presas ou detidas"[1].

Segundo o IBGE, em novembro de 2002, a população carcerária no Brasil é de 239.348 pessoas, sendo que 229.165 são homens e 10.183 são mulheres. As pessoas privadas de liberdades são particularmente vulneráveis, uma vez que várias doenças de cunho psíquico podem se desenvolver na prisão, causando traumas irreversíveis, danos irreparáveis. Já os presos com mais de 60 anos necessitam de uma assistência médica mais freqüente, bem como aqueles com necessidades especiais, como os portadores de deficiência física.

Na atualidade, o elemento que melhor contribui para a proteção da saúde das pessoas que se encontram presas é a prevenção. Faz-se necessário um diagnóstico da situação e a definição do perfil desses pacientes visando a programas de reintegração social articulados com a rede de saúde, uma vez que esses homens e mulheres presos voltarão para o convívio social. Faz-se necessária a elaboração e a implementação de um Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário para fazer valer a plena cidadania desse segmento da população, que sofre na pele as consequências da exclusão do convívio com a sociedade.

Deise Benedito é coordenadora de Articulação Política & Direitos Humanos da Fala Preta - Organização de Mulheres Negras, membro-fundadora da Associação Cristã Contra a Tortura (ACAT), membro do Movimento Nacional de Direitos Humanos-Reg. Sul I - SP e integra o Fórum Nacional de Mulheres Negras e a Articulação de ONGs de Mulheres Negras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

RELATÓRIO ANISTIA INTERNACIONAL.- *Aqui Ninguém Dorme Sossegado,* 1997.

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, 1999.

[1] Princípios de Ética Médica da Organização das Nações Unidas.

Trauma: a epidemia do começo de um novo século

***José Noronha**

Uma insidiosa e crescente onda de violência se infiltrou em diversos recantos do planeta e, crescentemente, se banaliza. As chamadas "causas externas" – que provocam o trauma e incluem as agressões, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho e domésticos, os suicídios e outras lesões e envenenamentos – constituem hoje, em nosso País, o segundo grupo de causas de morte, respondendo por quase 120 mil óbitos a cada ano, 13% do total. Só perdem para as doenças do aparelho circulatório (infarto, derrame e outras) e matam mais que os cânceres.

Os homicídios constituem a quarta causa de morte no Brasil, atingindo 41 mil cidadãos, e os acidentes de trânsito matam 36 mil pessoas todos os anos. Se juntarmos todas as vítimas fatais das guerras no Oriente Médio, da Chechênia e da Bósnia, não atingimos o total de vítimas por homicídio no Brasil. Nos últimos anos, foram reduzidas as mortes causadas por doenças infecciosas e parasitárias, mas o número de mortes por causas externas quase se multiplicou. Em todo o mundo, segundo relatório da Organização Mundial de Saúde, houve 1,6 milhão de óbitos decorrentes de violência no ano 2000, o que equivale a uma morte por hora. Estamos diante de uma verdadeira epidemia. A redução de mortes por causas externas é um dos maiores desafios de saúde pública da atualidade.

A pobreza não pode ser responsabilizada pelo aumento da violência. O que existe é a confluência de vários fatores. A desigualdade social estabelece o terreno propício para suprir o crime com vítimas e algozes. Os tráficos de drogas e de armas oferecem lucro alto e rápido, não contidos por uma política apenas repressiva de combate ao uso de drogas, associado a uma oferta de armas. As gangues, drogas e armas, freqüentemente, são agenciadas por mecanismos de corrupção policial, que disseminam as ferramentas de morte. Os beneficiários finais dos tráficos de armas e drogas raramente são capturados e os recursos fluem em uma rede internacional de lavagem de dinheiro.

Outro conjunto de fatores pode ser encontrado na mudança de princípios que os donos do mundo foram impondo às civilizações no final do século passado. Ideais de solidariedade, universalismo, interesse público, desenvolvimento e busca da igualdade foram substituídos por propostas de individualismo, competição, focalização, predomínio dos interesses privados, crescimento e afirmação das diferenças. A idéia de homem companheiro de seu semelhante cedeu lugar à idéia de homem adversário do outro homem. Sequer o isolamento garante a segurança: grande parte dos atos de violência – notadamente contra idosos, mulheres e crianças – ocorre dentro dos próprios lares, ou no ambiente de trabalho ou de estudo das vítimas, que, freqüentemente, conhecem seus algozes.

Cabe à sociedade resignar-se e aperfeiçoar-se no tratamento de vítimas de conflitos bélicos? Certamente não. Promover a cultura da tolerância e da resolução não violenta dos conflitos é essencial, ao mesmo tempo em que se estabelecem políticas e ações visando a abolição da glorificação da violência, sobretudo através dos meios de comunicação de massa. O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, recém-publicado pela Organização Mundial de Saúde, sugere nove medidas preventivas que devem ser adaptadas às realidades locais. Segundo a OMS, deve ser criado, monitorado e aplicado um plano de ação nacional de prevenção à violência bem como deve-se também aumentar a capacidade de coleta de dados sobre o assunto. Torna-se também necessário definir as prioridades e apoiar as pesquisas sobre as causas, as conseqüências e os custos da prevenção da violência, apoiar reações preventivas decisivas, reforçar a atenção às vítimas, integrar a prevenção à violência nas políticas sociais e educacionais (reduzindo a desigualdade social e de gênero) e aumentar o intercâmbio de informações sobre a prevenção à violência. Da mesma forma se ver como necessário promover e fiscalizar a adesão a tratados, à legislação internacional e outros mecanismos de proteção aos direitos humanos e, finalmente, buscar práticas consensuais de combate aos tráficos de armas e de drogas em escala global.

Diante de tantas adversidades, a esperança parece agonizar. Os brasileiros, porém, têm novamente expectativas positivas. O governo que acaba de ser eleito prega o diálogo entre opositores e a celebração de um pacto social. A esperança e a confiança no futuro retornam aos brasileiros que crêem ver chegada a hora de por fim à impunidade e de reduzir, de maneira significativa, as desigualdades absurdas que, por terem se tornado corriqueiras, parecem ter se tornado naturais.

José Noronha é coordenador da Comissão Intersetorial de Trauma e Violência do Conselho Nacional de Saúde e presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

O silêncio das minorias

O mapeamento dos casos de violência no País ainda não fornece informações seguras e detalhadas sobre o perfil socioeconômico das vítimas. Além disso, no caso do trânsito, o perfil social dos envolvidos é bastante diverso. Mas no que diz respeito à violência urbana, os dados disponíveis reafirmam a localização do fenômeno na periferia das grandes metrópoles.

Isso leva à dedução de que, no campo étnico, a população negra é uma das mais atingidas. Ao abordar o problema, o presidente da Fundação Cultural Palmares, Carlos Alves Moura, lembra que 68% da população brasileira que vive em condições de miséria é negra. "Por isso", diz ele, "as próprias políticas de inclusão do negro na sociedade já são, por si só, políticas de combate à violência".

No caso das mulheres, os indicadores mostram a predominância de ocorrências no âmbito familiar. Uma pesquisa do IBGE revela que 63% das vítimas da violência doméstica são mulheres, 43% tem entre 18 e 29 anos de idade e em 70% dos casos os agressores são os próprios maridos ou companheiros. Uma outra pesquisa da organização não-governamental SOS Corpo revela que nas famílias nas quais há situações de violência contra a mulher o número de abortos espontâneos é maior, bem como o de casos de depressão. Já o nível de escolaridade é ainda mais baixo do que a média nacional.

A secretária Nacional dos Direitos da Mulher, Solange Bentes, assinala que a violência contra a mulher gera um custo que a sociedade paga. "Mas o que importa", ressalva ela, "são os danos causados à saúde da família". Em função disso, a secretária considera de suma importância a implementação de políticas que integrem o atendimento médico, psicológico e jurídico. "Outro dia mesmo recebi aqui, em Brasília, juízes solicitando capacitação para o atendimento nos casos de violência contra a mulher", relatou Solange. Em Brasília, São Paulo e Curitiba, já funcionam esses centros integrados de atendimento.

Paulo Sérgio Pinheiro, secretário Nacional dos Direitos Humanos, detecta uma mudança de atitude das mulheres vítimas da violência. "Desde o final da década de 80, temos notado que as mulheres têm sabido como agir para fazer valer os seus direitos", afirma. Recentemente, a Delegacia da Mulher de Brasília registrou aumento de 20% no número de denúncias de agressão.

O Ministério da Justiça, do qual faz parte a Secretaria dos Direitos Humanos, tem distribuído cartilhas de orientação às mulheres, especialmente em regiões carentes, como a última, distribuída na Favela da Maré, no Rio de Janeiro. Mas Pinheiro lembra que a violência contra as mulheres não é monopólio dos pobres, embora o conflito seja muito maior nas classes menos favorecidas. "Até porque",

ressalta ele, "as mulheres afrodescendentes e nordestinas estão no rodapé dos indicadores sociais brasileiros".

No caso das comunidades indígenas, a violência tem como pano de fundo a questão da terra e os desdobramentos que essa situação provoca. São 300 mil índios no Brasil. "Em Dourados, são 3.500 índios vivendo numa área de 10 mil hectares. É muito pouco. No Mato Grosso, situações como essa explicam, em parte, o número de suicídios entre os Guarani e os Kaiwá. Este ano já foram 10", relata Vilmar Guarani, coordenador dos Direitos Indígenas da Funai. Ele explica que até o início de 2003, a Fundação Nacional do Índio estará concluindo um amplo estudo sobre a violência em comunidades indígenas. 'Esse trabalho vai permitir que tracemos um plano de ação", explicou.

A violência contra crianças e adolescentes é permeada pelo medo de tornar o caso público. Pesquisa realizada em Porto Alegre (RS) mostrou que apenas 263 vítimas de 1.754 casos contabilizados receberam algum tipo de atendimento. E mais: 80% desses casos ocorreram no âmbito familiar. No caso dos idosos, não há estatísticas com dados sobre ocorrências e perfil das vítimas e/ou agresssores. Mas há referências, como a da Promotoria de Atendimento ao Idoso de São Paulo (SP): 40% das denúncias semanais de abuso dizem respeito à violência doméstica. Os idosos também estão mais expostos a acidentes domésticos, como quedas e queimaduras.

No contexto da Política de Redução da Morbimortalidade por Violência, o Ministério da Saúde distribuiu este ano 70 mil exemplares do Caderno de Atenção Básica "Violência Intrafamiliar – Orientações para Prática em Serviço". A publicação apresenta perfis de ocorrências e normas de procedimento, abordando os casos de violência contra a mulher, crianças e adolescentes, idosos e portadores de deficiências. O caderno dá ênfase a um problema que permeia todos os casos de violência: a comunicação dos fatos à polícia e os conseqüentes desdobramentos.

Um gráfico detalha todos os passos a serem tomados pelos profissionais da área de Saúde. Nele, observa-se a importância da abordagem jurídica e psicológica. No caso da violência intrafamiliar, é ressaltado o papel dos conselhos dos direitos da mulher, das crianças e do adolescente e dos diversos órgãos relacionados à Justiça e Segurança, Assistência Social e Trabalho, e Educação.

Treinamento de polícia

Agentes são capacitados para melhorar o atendimento às mulheres vítimas de abusos e maus tratos

A Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento (Agende) é uma ONG sediada em Brasília (DF), com atuação em âmbito nacional e também na América Latina. Desde sua criação, em maio de 1998, a Agende desenvolve projetos de proposição, acompanhamento e avaliação de políticas públicas e de capacitação, em especial nas áreas de violência contra a mulher e Segurança Pública, Saúde e direitos sexuais e reprodutivos, e Trabalho e combate à pobreza.

Os projetos são desenvolvidos em parceria com outras organizações de mulheres e núcleos de gênero de universidades. Entre eles, está o de capacitação de agentes governamentais nas áreas de Segurança Pública, Saúde e Trabalho. O grande objetivo é melhorar o nível de relação dos profissionais com respeito à violência interpessoal, as questões de gênero e a resolução institucional de conflitos.

A partir da parceria estabelecida com a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher e com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, a Agende iniciou, em outubro de 2002, o processo de capacitação dos policiais da Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM) do Distrito Federal. O curso também será ministrado nas DEAMs de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. O objetivo é sensibilizar os policiais para as questões da cidadania das mulheres e violência de gênero, promovendo mais respeito e eficiência no atendimento aos casos de violência. Serão capacitados, ao todo, cerca de 250 policiais.

Em Brasília, a DEAM registra uma média de 300 ocorrências por mês. A maioria de agressões, lesões corporais, estupro e atentado violento ao pudor. A delegada Vera Lúcia da Silva acredita que o curso permitirá que os policiais "dêem um melhor encaminhamento às ocorrências, já que terão noções dos aspectos sociais e psicológicos que envolvem a questão da violência contra a mulher".

A professora Lourdes Bandeira, da UnB, assinala que além do aprendizado teórico, os participantes do curso simulam situações cotidianas de uma DEAM: "Agentes policiais, como de resto toda população, têm certos preconceitos em relação às situações que envolvem a violência contra as mulheres. Durante essas vivências, tudo isso é objeto de reflexão". ■

O perigo ronda a escola

Um olhar sobre o uso de drogas pelos jovens. Esse é o tema de recente estudo feito pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco).

Lançado em dezembro de 2002, "Droga nas Escolas" é um trabalho de fôlego produzido por um grupo de pesquisadores de universidades brasileiras, sob a coordenação das sociólogas Mary Garcia Castro e Miriam Abramovay. Foram ouvidos 4.633.301 alunos dos ensinos fundamental e médio das escolas públicas e particulares em 13 capitais e no Distrito Federal.

A pesquisa revela que a maconha é a droga ilícita mais consumida pelos estudantes. Entre as lícitas, desponta o álcool. 10% dos entrevistados afirmaram que bebem regularmente. O consumo ocorre nos arredores das escolas, em festas e perto de casa. Dentro das unidades de ensino, conforme Miriam Abramovay, é consumida de forma escondida nos banheiros e telhados.

Na apresentação do livro, o diretor da Unesco no Brasil, Jorge Werthein, lembra que nunca se falou tanto sobre drogas e violência. No entanto, adverte: na maioria das vezes a abordagem, é feita sob uma perspectiva que "colabora para reforçar estigmas e preconceitos, o que pode, inclusive comprometer uma postura preventiva e fortalecer uma conduta repressiva".

Pais de alunos e membros do corpo técnico/pedagógico das escolas também foram ouvidos, pela primeira vez numa pesquisa de campo. É interessante notar a diferença na percepção do problema das drogas nas escolas por cada um dos segmentos. Essa ampliação do público ouvido na pesquisa respalda a sugestão para que as escolas possam vir a ser multiplicadoras de uma cultura de paz.

As ações dessa "nova escola" envolvem: a defesa de uma perspectiva preventiva na abordagem do uso de drogas; a discussão e formulação de políticas e programas de investimento no potencial dos jovens, dando-lhes condições subjetivas e materiais de optar por outros caminhos; e o aperfeiçoamento dos professores em várias áreas, com adoção de atividades culturais e lúdicas, fazendo com que o estudante sinta-se parte integrante do processo de ensino.

A radiografia do consumo de drogas

Perfil dos alunos:
- Entrevistados: 4.633.301
- Sexo feminino: 53,3%
- Idade majoritária: 13 a 15 anos (37%)
- Quadro familiar: 68,3% moram com a família

Consumo de drogas ilícitas:
- 3% consomem habitualmente
- 4,9% já experimentaram
- 92% nunca usaram

Drogas ilícitas mais consumidas:
Maconha, cocaína, crack/merla e drogas injetáveis.

Consumo de drogas lícitas:
Álcool:
- 10% bebem regularmente

Tabaco:
- 11% fumam regularmente
- 89% não fumam

Consumo ocasional de álcool:
- 30%, na faixa de 10 a 12 anos
- 52,6% na faixa de 13 a 15 anos
- 66,4% na faixa de 16 a 18 anos
- 70% na faixa de 19 anos ou mais

Fonte: UNESCO

Loucura urbana

Nos grandes centros, a desordem urbanística, o *stress*, a miséria, o desemprego são fatores causais de distúrbios comportamentais e mentais, confundem-se com a questão das drogas e pairam no tempestuoso céu da violência nos conglomerados populacionais brasileiros. Este é mais um dos aspectos dessa epidemia que assola o Brasil.

Os estudos comprovam que os níveis de convívio social e de interatividade, condições essenciais para o exercício de uma vida mentalmente saudável baixam na mesma proporção que os indicadores da criminalidade. "Os cidadãos estão sendo proibidos de circularem no interior dos espaços urbanos", ressalta o antropólogo José Jorge de Carvalho, da Universidade de Brasília.

Esse aspecto aspecto excludente da violência é contemplado na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violência e Acidentes, ao conferir importância ao trabalho de reordenamento dos espaços urbanos. Dados do Programa Habitar Brasil revelam que pelo menos 40% da população dos grandes centros moram em edificações totalmente em desacordo com as normas urbanísticas vigentes. Por exemplo, na cidade de São Paulo, 10 milhões de pessoas estão submetidas aos rigores de uma vida em condições de exclusão.

De acordo com a coordenadora da pesquisa do IPEA, Denise Meirelles da Costa, as medidas devem centrar-se na "efetiva implantação da infra-estrutura urbana e social em áreas periféricas e no aperfeiçoamento dos instrumentos de planejamento e gestão urbana".

Outra preocupação dos especialistas é de que a nova Política também lance um olhar sobre a chamada Reforma Psiquiátrica, prevista na Lei n.° 10.126, aprovada pelo Congresso, em abril de 2001. A proposta exige a mudança no modelo de atendimento com a extinção de asilos e manicômios e a criação de centros que valorizem a inclusão dos usuários.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – em fase de implementação no País – são a face visível desse novo modelo de atendimento. No fim de 2002, eles somavam 350 em todo o País. A meta do Ministério da Saúde para o ano seguinte era chegar a 400.

De acordo com o sociólogo Artur Custódio de Souza, membro do Conselho Nacional de Saúde, a Reforma Psiquiátrica visa a melhorar a vida dos portadores de transtornos mentais. "A violência está presente na vida de todos. Se você ainda tem, como no caso dos manicômios, restrição à liberdade e ao livre arbítrio, ela se torna ainda maior", ressaltou.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um em cada quatro habitantes do planeta apresentará problemas de transtornos mentais durante a vida. A projeção leva a crer que, no Brasil, esses sintomas atingirão em torno de 40 milhões de pessoas, levando-se em consideração os dados do Censo 2000. Para as vítimas de transtornos mentais severos e crônicos, 60 mil leitos estão disponíveis no País, sendo que 50 mil deles em instituições particulares, que absorvem 90% dos recursos do SUS para a área. ■

Prevenção da violência intrafamiliar: A PAZ COMEÇA EM CASA

***Zilda Arns Neumann**

A história revela que para a prevenção da violência e a construção da paz, que começa em casa, há necessidade de investir-se fortemente em duas áreas: nas políticas públicas, para que levem à igualdade de oportunidades a todos, e na humanização e fortalecimento do tecido social, isto é, na qualidade humana das pessoas, processo que começa antes da criança nascer e tem sua mais profunda influência inserida nos primeiros anos de vida. Daí a importância de cuidar da criança – semente da paz ou da violência – do seu desenvolvimento físico, social, emocional, espiritual e cognitivo que, por sua vez, está ligado fortemente à família, em seus valores culturais, estimulados ou não pelo contexto comunitário em que vive.

No Brasil, segundo pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS), as causas dos atos de violência são, principalmente, o desemprego, o consumo de álcool, a desigualdade social e a impunidade. Outras pesquisas revelam que a maior parte das violências acontece dentro de casa, envolvendo parentes próximos ou vizinhos. Nos dias 8 e 9 de maio de 2002, quando se realizava a Sessão Especial da ONU sobre a Criança, em Nova York (EUA), com 180 nações presentes, tive a oportunidade, como delegada oficial do Brasil, de ouvir o que esses países tinham a dizer. Eles prestaram contas da situação das suas crianças e das metas que haviam assumido em 1990.

Percebia-se que o mundo estava estarrecido, com um sentimento generalizado de impotência perante à crescente violência, às guerras internas, à ameaça externa e à globalização da economia excludente para os países em desenvolvimento. O debate entre os participantes apontava que o mercado internacional não estava levando em conta o clamor dos países que pediam pela abertura e igualdade de condições para exportar os seus produtos. Essas nações demonstravam que não queriam a compaixão, mas o apoio dos países ricos para poderem desenvolver o seu potencial humano e tecnológico, erradicar a pobreza e a miséria, a fome, o analfabetismo, a ignorância, as endemias e epidemias, as doenças de fácil prevenção, além de poder garantir apoio para educar as crianças, preservar a natureza e promover a igualdade de oportunidades de vida e de trabalho.

Percebeu-se que a violência não respeita as fronteiras dos países. O controle da aids, as endemias, as drogas, a depredação da natureza e as guerras têm íntima relação com a pobreza, com a dívida externa, a concentração de renda, a ganância pelo dinheiro e pelo poder, o desprezo pelo respeito à vida e aos direitos humanos fundamentais. Parecia-me que todos estavam conscientes de que era importante cuidar da criança, futuro da humanidade. Os representantes do Ocidente e do Oriente, ricos e pobres, membros de diferentes religiões falavam com respeito sobre o assunto, focalizavam a situação das famílias, como centro das atenções, mas parecia faltar-lhes uma ponte de união para a globalização da solidariedade, necessária para diminuir a violência. Houve, no entanto, acordos importantes para a construção da Paz.

Os países ricos se comprometeram no sentido de destinar 0,7% de seu Produto Interno Bruto (PIB) para a erradicação da pobreza no mundo, das doenças que estão ameaçando nações inteiras, bem como estimular a preservação do equilíbrio ecológico, diminuir a mortalidade infantil, promover a educação de qualidade e outras medidas necessárias à construção da paz interna e entre os países. Os chefes das nações presentes, inclusive o Brasil, se comprometeram a cumprir metas em relação a políticas públicas que valorizam a vida, o desenvolvimento da criança em seu contexto familiar e comunitário.

Na mesma oportunidade, houve também uma reunião especial com os delegados dos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), onde se listaram projetos e programas, entre eles a Pastoral da Criança, para a concretização da solidariedade e mútua ajuda. Após 25 anos de guerras internas ou externas, pela primeira vez, os oito países de língua portuguesa (Angola, Guiné-Bissau, Moçambique, Timor Leste, Brasil, Portugal, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe) estavam em paz. Esse diálogo e o entendimento entre os povos são fundamentais porque a paz na família, a mortalidade infantil, a desnutrição e a violência nas comunidades carentes sofrem mais com o impacto da conjuntura nacional e internacional.

Foi com esse objetivo, de ajudar as famílias e as comunidades carentes a preservarem suas crianças, que nasceu, em 1983, a Pastoral da Criança, um organismo de Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). A Pastoral da Criança forma redes de solidariedade para multiplicar o saber e a própria solidariedade, tendo como base líderes comunitários capacitados. Com a mística cristã de unir a fé com a vida, a Pastoral da Criança tem como lema "Para que todos tenham vida e a tenham em abundância". O trabalho da Pastoral é desenvolvido através de uma metodologia simples, de baixo custo, onde as ações básicas de saúde, nutrição, educação e cidadania são replicadas em larga escala e têm como elemento crucial a promoção das lideranças comunitárias, todas voluntárias. A cada mês, se acompanham os resultados, o impacto das ações através de indicadores, cuja base de dados está no Caderno do Líder Comunitário.

A partir de 1999, a Pastoral da Criança intensificou, junto às famílias e comunidades carentes, ações voltadas à educação para a paz, programa denominado **A Paz Começa em Casa**. Esse projeto foi uma resposta ao compromisso do Brasil de participar de uma campanha internacional promovida pela ONU contra a violência. Com isso, a prevenção da violência contra a criança em seu ambiente doméstico passou a ser uma das ações prioritárias, desenvolvidas de forma contínua na Pastoral.

A Pastoral da Criança acredita que nada mais tem tanto poder de inclusão social como a estimulação da solidariedade e a democratização do saber, especialmente quando forem promovidas por voluntários, atuando por amor e compromisso pela causa. Assim trabalham mais de 155 mil voluntários, atuando em mais de 33 mil comunidades carentes organizadas em 3.555 municípios em todo o País. Eles acompanham mais de 1,6 milhão de crianças menores de 6 anos e 76 mil gestantes, dentro de seu contexto familiar e comunitário. Essa dedicação tem alcançado resultados concretos. Em 2001, nas comunidades acompanhadas pela Pastoral, a mortalidade infantil caiu para menos de 13 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto a média nacional, segundo o IBGE 2001, foi de 29 mortes por mil nascidos vivos. O trabalho tem reduzido também a desnutrição e fortalecido o tecido social das comunidades.

Para alcançar os objetivos de reduzir a mortalidade infantil, a desnutrição e promover a educação para a paz e a cidadania, a Pastoral da Criança organiza redes de solidariedade, conectadas entre si. Mais de 90% dessa rede são formadas por mulheres pobres, que atuam como agentes de transformação da sua família e

de famílias vizinhas, utilizando-se, principalmente, de três instrumentos:

1. A visita domiciliar mensal às famílias acompanhadas. São mais de 1,135 milhão de famílias visitadas a cada mês;

2. O **Dia do Peso**, chamado pelos líderes de Dia da Celebração da Vida. Nessa ocasião, as crianças da comunidade são pesadas e, com a participação das famílias, se fortalecem os laços de amizade e fraternidade;

3. A **Reunião mensal dos líderes**, na qual avalia a situação das crianças, gestantes e famílias da comunidade, trocam-se experiências e se aprofundam os conhecimentos essenciais à vida plena para todas as crianças.

Com a experiência acumulada desde 1983, quando iniciou o seu trabalho, a Pastoral da Criança renovou, em 2001, seu livro básico, chamado de **Guia do Líder da Pastoral da Criança**, organizado e testado com a colaboração de mais de mil líderes comunitários e equipes de capacitação das cinco regiões do País, especialistas e entidades renomadas de diversas partes do mundo. Este Guia traz orientações sobre saúde, desenvolvimento infantil, cidadania e educação para a paz, adequadas por faixa etária da criança, desde sua gestação até os 6 anos de vida. A Pastoral da Criança procura também alfabetizar os jovens e adultos das famílias acompanhadas para aumentar a auto-estima e o desempenho familiar. Atualmente, são cerca de 40 mil alunos nos cursos de alfabetização de jovens e adultos da Pastoral.

Para dar maior densidade à educação para a paz, cada família acompanhada recebeu também os **10 Mandamentos para a Paz na Família**, que são lembrados e servem de tema para a conversa durante as visitas mensais às famílias e nos momentos de confraternização, como:

- Eduque seu filho através da conversa, do carinho e do apoio e tome cuidado: quem bate para ensinar está ensinando a bater.

- Procure resolver os problemas com calma e aprenda com as situações difíceis, buscando em tudo o seu lado positivo.

- Respeite as pessoas que pensam diferente de você, pois as diferenças são uma verdadeira riqueza para cada um e para o grupo.

Assim como a saúde, a educação, a segurança alimentar, a moradia, o emprego e a preservação do meio ambiente, a cultura da paz não se alcança sem a soma de esforços entre o governo, a sociedade e, principalmente, as próprias famílias. Ajudando a criar um ambiente familiar e comunitário, onde a criança viva a experiência do amor, portanto, um ambiente sem violência, a Pastoral da Criança com certeza deu mais um passo firme na conquista da vida em abundância para todas as crianças, propício ao seu desenvolvimento físico, social, emocional, espiritual e cognitivo.

Zilda Arns Neumann é médica pediatra e sanitarista, fundadora e coordenadora nacional da Pastoral da Criança; representante titular da CNBB no Conselho Nacional de Saúde; e coordenadora da Comissão Intersetorial da Saúde Indígena do CNS. Ela foi eleita Heroína do Século pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NAÇÕES UNIDAS. ***Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo sétimo período extraordinário de sesiones de la Asamblea General.*** **New York, 2002**

WHO, ***World Report on Violence and Health,*** **2002.**

A taxa de morbimortalidade simbólica no Brasil e a não notificação do item cor/etnia em saúde

***Isabel Cruz**

No Brasil, em função da forma histórica de constituição de nossa sociedade, o fenômeno saúde-doença deve ser compreendido pela perspectiva da diversidade cultural (afro-brasileira, indígena, européia, asiática, entre outras) e da (in)eqüidade em saúde. Como campo de intervenção social, parte-se da constatação de que o racismo e a discriminação racial expõem mulheres e homens negros a situações mais perversas de vida e de morte, as quais só podem ser modificadas pela adoção de políticas públicas capazes de reconhecer os múltiplos fatores que resultam em condições adversas.

Os indicadores sociais brasileiros revelam que os afro-brasileiros constituem 45,33% da população. Contudo, na população pobre (renda inferior a R$ 61,00/mês), 63,63% são negros (pretos e pardos). Em que pese o SUS garantir a universalidade da saúde, numa sociedade profundamente desigual como a brasileira, essa conquista tem se mostrado insuficiente para assegurar a eqüidade pois, ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos, contribui para agravar as condições sanitárias de afro-brasileiros.[1]

Há escassez de estudos e pesquisas sobre o processo saúde-doença da população afro-brasileira, sobre o impacto do racismo sobre esta população, em particular, e sobre a sociedade brasileira como um todo.[2] É necessário que os gestores e os profissionais dos serviços de saúde, diante da diversidade cultural brasileira, considerem as teorias transculturais e de bioética para abordar a discriminação, o preconceito e o estigma nas relações interétnicas entre o sistema de saúde e o cliente, assim como o processo de trabalho em saúde.[3]

Existe a necessidade de se construir um conhecimento teórico sobre o processo saúde-doença das etnias que compõem a nação brasileira, a partir dos dados do SUS, que já contempla em seu sistema a categoria etnia/cor (SINAN e protocolos de pesquisa em seres humanos), ainda que subnotificada, como também a partir dos dados das pesquisas que observem a Resolução n.° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre a ética da pesquisa com seres humanos, que exige a inserção do item cor/etnia na identificação da amostra. A não notificação pode ser entendida como "invisibilização", isto é, uma prática paraetnocida que tem por objetivo o controle das populações não-hegemônicas.

A notificação do item cor/etnia constitui, na realidade, uma reação à ação invisibilizadora da sociedade nacional.[4] Esses dados permitirão aos profissionais de saúde o estudo sistemático, por exemplo, da formação da identidade individual e coletiva, ou seja, os sistemas de pertencimento e de identificação, pela perspectiva da saúde. Igualmente será possível verificar como acontecem, no contexto da interação com o sistema de saúde, a perda da identidade e a aculturação/assimilação que, por sua vez, podem conduzir à situações de despojamento e opressão,[5] violências simbólicas e reais.

A importância da coleta e da interpretação do dado relacionado ao item cor/etnia, por autodeclaração, reside no fato de que será possível, doravante, evidenciar as relações antagônicas e as dinâmicas interculturais entre os usuários do SUS pertencentes a comunidades de diferentes estratos sociais, e o sistema de saúde propriamente dito. No plano individual, os dados propiciarão o estudo sobre as estratégias psicológicas de defesa cons-truídas culturalmente, tais como a somatização, a negação, a racionalização[6] e a invisibilidade,[7] para o enfrentamento do racismo e de outras ideologias discriminatórias, tendo em vista que somos uma sociedade pluriétnica com uma cultura hegemônica.

A consolidação do conhecimento sobre a saúde cultural brasileira se completa com a proposição de estratégias que permitam o estabelecimento de políticas e programas voltados à correção da desigualdade social e da discriminação. Cabe ressaltar que um ciclo de mais de 500 anos se completou com a III Conferência Mundial contra o Racismo, em 2001, na África do Sul, e um novo ciclo se inicia a partir daí, tanto para o Estado quanto para a sociedade. Em função desta luta secular pela sociedade civil organizada, o Ministério da Saúde criou uma seção sobre saúde negra e

---

[1] *CRUZ, I.C.F. da. O negro brasileiro e a saúde: ontem, hoje e amanhã.* Revista Escola Enfermagem da USP*, v.27, n. 3, 1993, p. 317-27.*

[2] *CRUZ. I.C.F.da* et alli*. Tópicos sobre sensualidade, sexualidade e emancipação: um survey sobre mulheres negras.* www.fen.ufg.br/revista3_2/survey.html, 2001*;* Idem*, e LIMA, R de. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial e seus fatores de risco cárdio-vasculares.* Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 7, n. 1, 1999, p. 35-44; CRUZ, I.C.F. da* et alli*. Alguns aspectos sobre saúde doença em mulheres negras.* Revista Baiana de Enfermagem *, v. 11, n. 1, 1998, p. 75-85.* Idem*, Histórias do Esquecimento Brasileiro: Considerações sobre os Fatores de Risco da Hipertensão Arterial em Negros.* Revista Baiana de Enfermagem*, v. 11, n. 1, 1998, p. 75-85.*

[3] *CRUZ, I.C.F. da, A implementação da metodologia do processo de enfermagem: impasses e perspectivas.* Online Brazilian Journal of Nursing*_(OBJN -ISSN 1676-4285) v.1, n.1, 2002 [Eletrônico]. Disponível em: http://www.uff.br/nepae/objn101cruz.htm. Acesso em: 13/9/2002.*

[4] *OLIVEIRA JUNIOR, A. N. de. A invisibilidade imposta e a estratégia da invisibilização entre negros e índios: uma comparação. In: BACELAR, J. E CARDOSO, C. (org.). Brasil: um país de negros?. Rio de Janeiro, Pallas. Salvador-BA, CEAO, 1999, p. 165-74.*

[5] *D'ADESKY, J. Pluralismo étnico e multi-culturalismo: racismos e anti-racismos no Brasil. Rio de Janeiro, Pallas, 2001.*

[6] *CARVALHO, M. de. De doente a "encantado" – o conceito de mecanismo de defesa constituído culturalmente e a experiência de uma vítima de "espírito mau" em uma comunidade rural da Amazônia.* Antropologia da Saúde.*_Traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro, Fiocruz / Relumé Dumará, 1998, p. 157-77*

[7] *OLIVEIRA JUNIOR, A. N. de. A invisibilidade imposta e a estratégia da invisibilização entre negros e índios: uma comparação. In: BACELAR, J. E CARDOSO, C. (org.). Brasil: um país de negros?. Rio de Janeiro, Pallas. Salvador-BA, CEAO, 1999, p. 165-74.*

indígena e publicou um manual sobre doenças prevalentes em afro-descendentes. Da mesma forma, a OPAS, visando a combater a ineqüidade, aprovou uma proposta de Política Nacional de Saúde da População Negra.[8]

Entretanto, até o momento, persiste a subnotificação do item etnia/cor nos documentos do SUS, o que reforça a necessidade de sensibilizar e capacitar os trabalhadores de saúde na coleta desta importante variável, ressaltando o significado e a relevância do seu correto registro, por meio da autodeclaração do usuário ou de seu responsável, sobre uma das cinco opções apresentadas: branco (ascendência européia), preto e pardo (ascendência africana), amarelo (ascendência oriental/asiática); e indígena. Cabe observar que a autodeclaração, enquanto uma variável de saúde, é um dado relevante para o profissional porque é uma informação que expressa a identidade autocentrada sob a forma de resistência ou assimilação do usuário à pressão da sociedade.[9] A não notificação do item cor/etnia perpetua o mito da democracia racial, difundido na sociedade brasileira e oculta a violência simbólica caracterizada, entre outros fatores, pelo ideal de mestiçagem (concepção evolucionista em direção à aparência "melhor" ou branca).[10] Con-seqüentemente, permanece a dificuldade de os profissionais de saúde e usuários lidarem com estes fenômenos em nível pessoal e coletivo.

Somente o conhecimento científico sobre a dimensão étnica da população brasileira permitirá a implementação de estratégias que neutralizem a perspectiva positivista, idealista e eurocêntrica, causadora de prejuízos para os usuários (como as barreiras no acesso à saúde) e para os trabalhadores do sistema de saúde; e que propiciem o planejamento, a provisão e a avaliação da atenção à saúde por uma perspectiva culturalmente sensível aos grupos étnicos não-hegemônicos.

**** Isabel Cruz é professora titular da Universidade Federal Fluminense e coordenadora do NESEN – Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra (www.uff.br/nepae/NESEN.htm).***

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRUZ, I.C.F. da. ***As religiões afro-brasileiras: subsídios para o estudo da angústia espiritual.*** **Revista Escola Enfermagem da USP, São Paulo, 1994.**

REDE DE DEFESA DA ESPÉCIE HUMANA (REDEH). ***Cidadania, etnia/raça. Por uma educação não discriminatória de jovens e adultos. s.d.***

[8] NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE SAÚDE E ETNIA NEGRA (NESEN). Documentos e artigos sobre saúde afrobrasileira. Disponível em: http://www.uff.br/nepae/NESEN.htm. Acesso em: 13/9/2002.

[9] OLIVEIRA JUNIOR, A. N. de. A invisibilidade imposta e a estratégia da invisibilização entre negros e índios: uma comparação.

[10] D'ADESKY, J. Pluralismo étnico e multi-culturalismo.

Solidariedade à brasileira

Universidades, ONGs e poder público. Eis o tripé de sustentação de muitas iniciativas voltadas para a prevenção e o combate à violência. Nas próximas duas páginas, você verá exemplos de como a conjunção de esforços agiliza e confere maior objetividade às ações que envolvem segmentos da população no enfrentamento desse problema. Criatividade e cooperação são as palavras-chave dos projetos, que abrangem temas relacionados à crianças, à mulheres, ao trânsito... Felizmente, hoje, é possível que os agentes desses programas troquem experiências e possam adaptá-los à cada região do País. Mas cada caso relatado, cada proposta implantada, cada êxito alcançado também soa como um estímulo para que outros segmentos ainda não sensibilizados pela gravidade do tema possam se motivar e trilhar caminhos de cooperação. O problema da violência exige soluções sistêmicas, mas não necessariamente complexas. Os resultados da participação da sociedade em busca de soluções demonstram que, como no provérbio chinês, “a caminhada começa com o primeiro passo”.

Região Norte

Vem do Amapá um exemplo de como o trabalho em conjunto entre as várias esferas governamentais pode viabilizar a definição de estratégias específicas para definição de ações de combate à violência. O **Grupo de Atividade e Monitoramento de Agravos por Fatores Externos** começou a trabalhar em 1994. No início, toda ênfase foi direcionada ao monitoramento. "Íamos ao IML de Macapá, para cartórios e unidades de saúde de cidades do interior, onde resgatávamos os casos e, a partir daí, começávamos a atuar", afirma a coordenadora Helenilza Lima. A partir da definição do perfil das ocorrências, o Grupo começou a patrocinar reuniões com o Detran, a Polícia Militar, as Secretarias de Educação e Saúde e algumas ONGs. O passo seguinte foi a realização de campanhas educativas de trânsito, em períodos de festas e férias, além de seminários, carreatas e *blitzen* educativas para orientar motoristas e pedestres. Em 1999, foi firmado convênio com o Ministério da Saúde. "Foi quando tivemos recursos para tocar o nosso Núcleo de Estudos da Violência. Fizemos cursos de atualização em leitura de violência, com a FIOCRUZ e o CLAVES", ela, para quem as parcerias são tão importantes quanto o apoio e contato com os técnicos do MS.

Região Sudeste

Não são apenas ONGs ou órgãos gestores que estão se engajando no trabalho de combate e prevenção à violência. Algumas entidades de profissionais também estão integrando este movimento, como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). As 27 unidades regionais da SBP são a caixa de ressonância da "**Campanha de Prevenção de Acidentes e Violência**", coordenada por Rachel Niskier. Além de fôlderes e filmetes de 30 segundos para veiculação na TV em todo País, também foram distribuídos 100 mil exemplares do Guia de Atuação Frente aos Maus-Tratos. Ao mesmo tempo em que a estratégia torna pública a posição dos 36 mil pediatras que existem no

No **Programa de Atenção a Criança e Adolescente Vítima da Violência**, no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o eixo de atuação é a descentralização do atendimento às vítimas. Por enquanto, ele funciona integralmente apenas no Hospital Regional da Asa Sul, no Plano Piloto de Brasília, uma das principais unidades médico-hospitalares da capital do País. O trabalho envolve médicos, assistentes sociais e psicólogos. No que se refere à violência contra crianças e adolescentes, o que chama atenção dos profissionais é a chamada negligência paterna. "Esse aspecto procuramos trabalhar com nossa equipe multidisciplinar", explica Laurez Vilela, coordenadora do Programa. Além de montar equipes em outras unidades de saúde da rede pública, a ação também pretende agregar às equipes outros profissionais, como enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A idéia é somar outras visões sobre o tema na tentativa de encontrar respostas efetivas que retornem para comunidade com diminuição dos indicadores de violência de fato. No entanto, há problemas. Um deles é o não funcionamento do Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente no Distrito Federal. Os integrantes indicados não assumiram por problemas na eleição do grupo. Como resultado, as funções do Conselho estão sendo desempenhadas pela Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal.

Região Centro-Oeste

País em relação ao tema, eles são capacitados para atuar de forma mais incisiva quando se depararem com situações de abusos e maus-tratos, muitas vezes intrafamiliares. "Nem que fosse por respeito ao quadro epidemiológico, você teria que trazer esse assunto ao conhecimento dos médicos", afirma Rachel. A ênfase da campanha é o atendimento dos agravos decorrentes da violência. O objetivo é fazer com que os pediatras dêem o devido encaminhamento às ocorrências, notificando os casos e encaminhando-os aos Conselhos Tutelares ou para uma autoridade judicial, já que mais de 30% dos municípios brasileiros não possuem fóruns deste tipo.

Região Nordeste

A violência doméstica é o foco das ações da **Area de Ensino e Pesquisa em Emergência de Violência da Universidade Estadual de Pernambuco**. O trabalho é pelas professoras Lygia Pereira e Elizabete Amorim. Em 1998, a Universidade firmou um convênio com o Ministério da Saúde, desde então, já foram realizadas dezenas de seminários para capacitar médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais sobre como oferecer um melhor e mais sistematizado atendimento às vítimas da violência. Entre os meses de julho e setembro de 2002, cerca de 200 profissionais foram capacitados. Lygia relata que durante a fase inicial de pesquisas constatou-se que a violência doméstica, principalmente contra crianças e adolescentes, era um dos mais graves problemas da região. Depois de anos desenvolvendo atividades, ela festeja os resultados do esforço para capacitação realizado com todos os membros e corpo técnicos dos Conselhos Tutelares de Recife e Olinda. "A gente também considera um indicador positivo, o grande número de convites de escolas para ministrar palestras", ressalta a professora. Ela lembra que, até agosto de 2002, Recife registrou 920 casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, a maior parte tendo como autores o pai ou a mãe.

Região Sul

Faz jus ao nome o Programa desenvolvido em Curitiba (PR) e encabeçado pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Diretoria de Saúde da Criança e do Adolescente. A **Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência,** em pouco mais de três anos, foi efetivamente montada, integrando órgãos governamentais e de representação profissional com ações articuladas no atendimento e prevenção dos casos de abusos. O primeiro passo, conta a médica Vera Lúcia, da Secretaria Municipal, foi fazer um levantamento das ocorrências: "Neste momento percebemos as dificuldades para obter informações e que não havia fontes confiáveis". A estratégia de montagem foi simples: integrar todos os órgãos numa política de atendimento à criança, ao adolescente e a suas famílias. Curitiba foi dividida em oito regionais, as chamadas redes locais. Em cada uma delas, as instalações físicas das Secretarias de Educação, da Saúde e da Criança foram disponibilizadas. O trabalho também teve a participação da Sociedade Paranaense de Pediatria e da Faculdade de Psicologia da Universidade Estadual. A rede elaborou um formulário próprio de notificação. Uma via para o Conselho Tutelar, outra para o SOS Criança e a terceira fica na unidade notificadora. A atuação de profissionais de várias áreas – médicos, psicólogos, assistentes sociais e professores – tem sido fundamental segundo seus idealizadores.

Atenção à mulher em situação de violência: desafios para a Saúde

***Elcylene Leocádio**

A mulher é vítima de violência em casa, no trabalho e na rua. Por conhecidos e desconhecidos. Um homem a abraça e avisa: "não grite, faça de conta que somos namorados". Ninguém percebe o que se passa entre eles ou se percebe o olhar aflito da mulher também se assusta e muda de caminho. No primeiro lugar seguro, para ele, o crime de estupro é consumado. Dali, segue o agressor em sua calma perversa, limpa-se na roupa rasgada de sua vítima e comunica: "siga sem olhar para trás, senão eu atiro". Mulheres são agredidas ao sair para comprar pão, ir ao trabalho, à escola ou fazer qualquer outra atividade cotidiana. Essa cena repete-se diariamente. Poucas vezes ela é denunciada.

Mas, no interior de sua casa, a mulher também não está segura. A violência física, as humilhações, a desqualificação pessoal, as ameaças e as agressões sexuais ocorrem, principalmente, no interior da família. Os autores são maridos, pais, padrastos, irmãos, primos, tios ou conhecidos. O abuso crônico incestuoso afeta particularmente meninas e adolescentes. É difícil denunciar, consultar o setor Saúde e romper dinâmicas relacionais violentas. Disso resulta a grande subnotificação dos casos de violência contra a mulher, crianças e adolescentes.

Ancorada nas relações desiguais de gênero, esta violência impacta profundamente a saúde, sendo causa de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, disfunções sexuais, depressão, desordem do *stress* pós-traumático. Ela também é responsável por muitas faltas ao trabalho, abandono dos estudos e da casa, perda de anos de vida, maior exposição às drogas e outros comportamentos de risco.

A violência contra a mulher é reconhecida como problema de Saúde Pública há poucas décadas. Sua inclusão na agenda internacional e a definição de políticas nacionais de saúde e segurança também são recentes. Ninguém duvida que a situação merece ação exemplar do governo, mas não há consenso em torno do assunto quando se trata de definir as ações a serem realizadas.

O desafio de concentrar a atenção à mulher em situação de violência começa pela necessidade de aprender a lidar, como gestor, com posições divergentes relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, onde o aborto se coloca como questão central e polêmica. A interrupção da gravidez pós-estupro é um procedimento técnico relativamente simples. Difícil nos parece o atendimento a uma mulher, adolescente ou à sua família numa situação de violência doméstica crônica. No entanto, é o aborto que provoca os maiores embates por envolver questões políticas, religiosas e morais.

No Brasil, sociedade laica, plural e democrática, cabe ao governo garantir as condições de homens e mulheres exercerem seus direitos. Este princípio norteia o trabalho realizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Como criar estas condições? Em parceria com a sociedade. Nesse processo, as instâncias de controle social e organizações da sociedade têm um papel de destaque. E essa história deve ser contada.

O Conselho Nacional de Saúde, pela Resolução n.º 258, de 6 de novembro de 1997, solicita ao Ministro da Saúde que proceda à regulamentação do atendimento aos casos de Aborto Legal no SUS. Com suporte da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, o CNS oferece argumentos irrefutáveis: o benefício para as mulheres, obrigadas a buscar tratamento na clandestinidade, em condições inseguras e com alto risco de mortalidade materna; a aprovação dos serviços de aborto legal na 10.ª Conferência Nacional de Saúde; o respeito ao Código Penal Brasileiro (art. 128) e a recomendação de cumprimento dos acordos firmados pelo Brasil em Conferências Internacionais (Cairo, 1994 e Beijin, 1995).

A resolução é homologada pelo ministro Carlos Albuquerque, em março de 1998. Em resposta ao CNS, em abril, é dado início ao processo de consulta a especialistas para confecção da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, publicada em 1999. A Norma esgota-se rapidamente, demonstrando, a nosso ver, a existência de uma demanda reprimida.

A seguir, cria-se a Câmara Temática de Violência Doméstica e Sexual que define as diretrizes para implementação das ações no campo da violência contra a mulher. Publica-se o Caderno sobre Violência Intrafamiliar para a Atenção Básica e a Cartilha dos Agentes Comunitários de Saúde, em parceria com o Ministério da Justiça. Em agosto de 2002, é normatizada a profilaxia do HIV em vítimas de estupro. Em paralelo, projetos estaduais e municipais têm recebido apoio técnico e financeiro para a capacitação de pessoal e a reorganização da rede assistencial.

O Ministério da Saúde foi um dos últimos atores a entrar em cena – antes dele vieram os grupos de mulheres, gestores locais, profissionais de saúde, professores de ginecologia e obstetrícia, entidades científicas. Mas as decisões tomadas pelo Ministério da Saúde contribuíram para acelerar a implantação do atendimento às vítimas de violência sexual. De 1989 a 1997, foram implantados serviços de referência em oito hospitais brasileiros. Em agosto de 2002, este número chegou a 74. Hoje, pode-se afirmar que nestes locais o atendimento integral e a anticoncepção de emergência promovem o apoio psicossocial às mulheres, a prevenção da gravidez e do aborto. Garante-se o acesso à saúde e os direitos da mulher. Agora, o nosso desafio é capacitar profissionais de saúde, ampliar as redes de atendimento e garantir o acesso a todas as mulheres.

****Elcylene Leocádio é médica, especialista em Saúde Pública. Desde 1998, é responsável, na Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, pelo acompanhamento da implementação da Política de Atenção à Mulher em Situação de Violência. Integra Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU/CNS) e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher/ MJ. Anteriormente, como integrante do SOS CORPO: Gênero e Cidadania, coordenou diversos projetos sobre saúde sexual e reprodutiva, em função do que foi convidada para gerenciar a área de Saúde da Mulher em Pernambuco, em 1995, e para assumir a coordenação de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente do Ministério da Saúde, em 1997.***

O problema da violência intrafamiliar

***Jussara de Goiás**

Considerada a oitava economia do mundo, o Brasil possui uma situação social de extrema desigualdade e está classificado como um dos países com a pior distribuição da riqueza que produz. Conforme o Relatório sobre Desenvolvimento Humano da ONU de 1998, no Brasil, 20% dos mais ricos controlam mais de 64% da renda.[1]

Estas contradições afetam diretamente a situação da infância e da adolescência, por ser o Brasil um país com um grande percentual de jovens. Segundo dados do IBGE, 37,9% da população está entre zero e 17 anos, enquanto 35,2% ficam na faixa dos 18 aos 39 anos. Em contrapartida, temos também um percentual muito grande de jovens sem condições de ingresso no mercado de trabalho, após completar 16 anos. Essas diferenças sociais são muito mais profundas se analisarmos os dados de forma regional.

Os dados de analfabetismo, por exemplo: na faixa etária de 10 a 14 anos, na Região Sul, a taxa é de 1,7%, enquanto no Nordeste é de 20,2%. Em relação ao rendimento familiar, as diferenças são também acentuadas. Enquanto na Região Sudeste 14,1% das famílias têm rendimento médio mensal de até dois salários mínimos e 11,4% com renda acima de 20 salários, no Nordeste são 40,6% com rendimento médio mensal até dois salários mínimos e 3,6% na faixa de mais de 20 salários. A diferença entre o país urbano e o rural é ainda mais marcante. O analfabetismo na zona rural nesta faixa etária (10-14 anos) no Sul é de 1,6 % (menor que o urbano) e no Nordeste de 31,2%.

No Brasil, cerca de 44 milhões de pessoas sobrevivem com renda mensal inferior a meio salário mínimo[2] e integram as famílias que vivem à margem dos benefícios sociais. Oriundos dessas famílias, alguns milhões de crianças e adolescentes perambulam pelas ruas das grandes e médias cidades em busca de sua sobrevivência. São os chamados meninos e meninas de rua, filhos de trabalhadores, na maioria desempregados, que assumem a responsabilidade do seu próprio sustento e, muitas vezes, ajudam também no da família. Para esse segmento populacional desprovido do atendimento das políticas públicas universais – educação, saúde, lazer, cultura, moradia, etc. -, todo o contexto à sua volta contribui para os problemas de saúde física ou psicológica.

Segundo os depoimentos da população com a qual trabalha o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) em seu cotidiano, as casas em que moram são pequenas unidades que não permitem a privacidade, seja para o sono, seja para o sexo, seja para a higiene. Essas moradias favorecem um ambiente de promiscuidade, em condições em que facilmente crianças e adolescentes são objeto de abuso sexual ou vítimas de estupro.

Também se convive nesses espaços com chefes de família frustrados em sua dignidade, que se abrigam no álcool ou no uso de outras drogas; a mulher convive com um companheiro alcoolizado, violento e é obrigada a sair de casa em busca do sustento, deixando seus filhos à mercê desse pai ou de favores de amigos que, muitas vezes, também expõem as crianças a situações de violência sexual. Nesse ambiente, ainda está presente a negligência. Os pais ou responsáveis falham no seu dever de proteger seus filhos de danos físicos, sexuais e psicológicos; de prover as necessidades físicas, educacionais; de assegurar um desenvolvimento em ambiente saudável e prevenir riscos. A violência física é freqüente e seu objetivo é "disciplinar", resultando, não raro, em quadros de internação hospitalar, podendo levar a deficiências físicas ou psicológicas e até à morte. Nas ruas, fugindo desse ambiente, as crianças e adolescentes se envolvem em situações que, fatalmente, exigirão intervenções da área da Saúde, dado o grau de violência que passará a fazer parte de seu cotidiano.

O trabalho infantil é também uma realidade. Pesquisas realizadas pelo Departamento de Economia, Administração e Sociologia da USP revelam que cerca de 9% das crianças brasileiras com idades entre 5 e 14 anos trabalham, o que corresponde a aproximadamente três milhões de crianças. Desse universo, 63,2% atuam na agropecuária. Há uma diferença muito grande entre meninos e meninas quando vão para o mercado de trabalho. Os meninos se inserem em ocupações como lavagem de carros, vigias em estacionamentos, venda de pequenos produtos. Nesses espaços, envolvem-se com traficantes de drogas como a maconha, a *merla*, o *crack*, a cocaína, atividade que os estimula a cometer furtos, na qual recebem uma arma e chegam aos assaltos e assassinatos; encontram cafetões e cafetinas que aliciam os jovens para a exploração sexual. É nessa situação que se pode encontrar meninas vivendo fora de casa – a sua própria casa ou a casa onde trabalham.

As meninas são as maiores vítimas da violência do trabalho infantil doméstico. Começam em casa, substituindo a mãe no cuidado com os irmãos mais novos e, em seguida, passam a vender sua força de trabalho em outros lares mais abastados. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1999, existem 502.839 crianças e adolescentes trabalhando como empregadas domésticas no Brasil. Dessas, 55% têm entre 16 e 17 anos. Apesar de 96% saberem ler e escrever e de 74% estarem estudando, os dados indicam que quanto maior o tempo no trabalho doméstico maior é o índice de atraso escolar. Uma pesquisa da Organização Internacional do Trabalho (OIT), divulgada em abril de 2002, mostra que a jornada acima de 40 horas semanais é o cotidiano de 52,8% dessas meninas. A maioria delas (55,5%) não tem férias e 4% não tem remuneração, trabalhando em troca de casa e comida.

Um outro dado que não se pode desprezar é o alto índice de crianças e adolescentes que fogem de casa. Segundo a Fundação da Infância e da Adolescência (FIA) do Rio de Janeiro, o programa S.O.S. Criança Desaparecida está no sexto ano de sucesso – com 81,77% das 1.860 crianças encontradas depois da divulgação de suas fotos. A maior parte das garotas e garotos localizados (73,64%) fugiu de casa porque era violentada psicológica ou fisicamente ou sofria abusos sexuais.

Reverter essa situação é um desafio que exige o envolvimento de todos os segmentos comprometidos com a mudança social, visando a provocar alterações comportamentais capazes de consolidar uma nova concepção de infância e de assegurar que o lar seja, efetivamente, o lugar de proteção e não de agressão. Teremos de concentrar esforços na organização de uma rede de programas de saúde que atue no resgate da auto-estima, de valores éticos e morais e da sexualidade, na valorização da vida, na superação de traumas profundos. São necessários programas de desintoxicação pelo uso de drogas; de nutrição; de tratamentos dermatológicos; de correção de deficiências físicas; programas que ampliem o cuidado com a gravidez precoce, os abortos pro-vocados e as DSTs/Aids. Diante de tanta violência, essas necessidades, certamente, não se esgotam aqui e os conselhos paritários das políticas deverão trabalhar muito para assegurar que políticas para crianças e adolescentes sejam prioridade absoluta, conforme determina o artigo 227 da Constituição Federal.

Jussara de Goiás é socióloga, coordenadora do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua e Assessora do Instituto de Estudos Sócio-Econômicos (INESC).

[1] ONU. Relatório sobre Desenvolvimento Humano, 1998.

[2] MERCADANTE, A., Pobreza e Desigualdade. Câmara dos Deputados, Brasília, 2002.

Violência, saúde, alimentação: questão de direitos humanos

*** Flavio Luiz Schieck Valente**

"... o direito à alimentação é considerado como um Direito Humano Básico, sem o qual não há direito à vida, não há cidadania, não há direito à humanidade, isto é, o direito de acesso à riqueza material, cultural, científica e espiritual produzida pelo gênero humano. As pessoas necessitam de alimento apropriado, no sentido quantitativo. No entanto, isso não é suficiente. Para o ser humano alimentar-se, o ato é ligado à tradição, vida familiar, amizade e celebrações coletivas, quando comendo com amigos, com a família, comendo pratos de sua infância e de sua cultura, indivíduos renovam-se a si mesmos, além do aspecto físico, fortalecendo a sua saúde física e mental, a sua auto-estima." (VALENTE et al, 1999)

A fome, a desnutrição e a insegurança alimentar e nutricional são parte inerente da violência estrutural, política e institucional a que são submetidos diariamente os mais de 55 milhões de brasileiros que vivem abaixo da linha da pobreza. Essa situação é especialmente grave para os 23 milhões que vivem abaixo da linha da indigência (IPEA/MRE/SEDH, 2002). Mas esta violência não pára aí, ela afeta metade das crianças menores de 6 anos e mulheres em idade reprodutiva que sofrem de anemia devido a práticas alimentares inadequadas, falta de informação e precária assistência à saúde, diminuindo sua capacidade de trabalho, de aprendizagem e aumentando a susceptibilidade ao desenvolvimento de outras patologias.

As mortes a cada ano de cerca de 57 mil crianças menores de um ano, por razões direta ou indiretamente ligadas à desnutrição, podem ser vistas como resultado de "ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, ou omissões dessas mesmas instâncias, que causam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprios ou a outros"; ou seja, da violência conforme definida na Política Nacional de Redução da Violência e de Acidentes do Ministério da Saúde (MS, 2001). Essas mortes não acontecem por acidente, elas são previsíveis e totalmente evitáveis mediante a adoção de um conjunto de medidas setoriais e intersetoriais.

Se, por um lado, as condições em que hoje vive esta população são o resultado de um modelo de desenvolvimento excludente que não só expulsou milhões de brasileiros da terra como ainda os mantém alijados de alternativas dignas de sobrevivência – seja no campo, seja na cidade – elas também geram, por outro lado, um verdadeiro caldo de cultura para elevar a violência e os acidentes. Violência esta que vitima, predominantemente, a própria população excluída. Crianças e adultos mal alimentados, famintos e desnutridos são mais propensos a intoxicações por agrotóxicos, a acidentes de trabalho, a quadros infecciosos, a terem dificuldade de estudar e arranjar empregos e, finalmente, a serem presas fáceis do crime organizado e do tráfico de drogas.

Uma melhoria isolada exclusivamente na alimentação, por meio de algum programa específico, poderia até ter algum impacto, mas seria incapaz de reverter o ciclo vicioso da pobreza, da fome e da violência se não for associada a um conjunto de ações integradas que promovam a saúde, a inserção econômica e social e a cidadania destas populações.

O setor Saúde tem um papel fundamental no desenvolvimento dessas ações na medida em que são as equipes de saúde, especialmente aquelas trabalhando dentro da estratégia de saúde da família, que tem conhecimento e contato mais direto com as verdadeiras condições de vida destas populações.

Nesse contexto, a saúde tem um conjunto de responsabilidades a cumprir: desenvolver um diagnóstico adequado da situação; desenvolver ações específicas de sua competência e referir para outros níveis de atenção, quando necessário; facilitar e provocar ações intersetoriais que possam colaborar para a superação das causas mais estruturais dos problemas identificados, fortalecendo o protagonismo das populações com que trabalha; monitorar o impacto das ações desenvolvidas sobre a qualidade de vida das populações atendidas.

Existe um crescente consenso no Brasil e no mundo de que a questão da promoção da segurança alimentar e nutricional, ou seja, do direito humano à alimentação e à nutrição adequada, não é nem se relaciona meramente à produção de alimentos, nem à educação nutricional. O enfrentamento do problema exige uma política nacional integradora e transversal que articule as diferentes políticas relacionadas, tais como a política agrária, agrícola, de geração de empregos, habitacional, de saneamento, educacional, de saúde, etc. no contexto de um modelo de desenvolvimento humano sustentável.

Esta política, ao mesmo tempo em que deve garantir uma política agrária e agrícola, que promova a qualidade de vida no campo e produza alimentos de qualidade, terá de enfrentar o desafio de criar mercados de trabalho no setor urbano e humanizar as condições de vida, de habitação, de educação, de saúde e de alimentação das populações favelizadas e das periferias urbanas.

Uma população com maior auto-estima e cidadania repelirá a violência como forma de vida e de dominação, reduzindo significativamente os índices de morbimortalidade. Isto não quer dizer, no entanto, que o setor Saúde não tenha um papel central na promoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis. Muito pelo contrário, quanto maior for a integração, mais importante se tornará a qualidade da ação de cada um. Sempre haverá espaço para a ação de profissionais e agentes de saúde capazes de prevenir, promover, curar e reabilitar.

**** Flavio Luiz Schieck Valente é médico, e mestre em Saúde Pública pela Harvard School of Public Health. Atualmente, é membro da Coordenação Nacional do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional, consultor da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH) e relator nacional sobre os Direitos Humanos à Alimentação Adequada, à Água e à Terra Rural.***

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IPEA/MRE/SEDH. ***Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação no Brasil.*** **Brasília, 2002.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Política Nacional da Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.*** **Brasília, 2001.**

VALENTE, F.L.S. et alli. ***Understanding Human Rights Approaches to Food and Nutritional Security in Brazil -Lessons Learned.*** **Brasília, March. 1999.**

A Promoção da saúde e o problema da violência

***Maria do Socorro Lemos**
****Miguel Malo Serrano**

O século XX foi marcante para a história da humanidade, principalmente pela revolução técnica que permitiu os meios rápidos de comunicação e transporte. No tocante à saúde, foi ímpar a evolução tecnológica e do conhecimento que permitiu benefícios a todos os países e povos do mundo.

No caso das Américas, os resultados foram especialmente impressionantes, vistos a partir dos indicadores epidemiológicos, demográficos e da organização dos serviços de saúde. Exemplos claros são as quedas das taxas de mortalidade geral e infantil e o crescimento na expectativa de vida das populações latino-americanas e do Caribe.

Porém, iniciamos o novo século com desafios a serem superados, que brotam da mesma fonte da evolução tecnológica e do conhecimento. Se a comunicação aproximou os povos, ampliaram-se as desigualdades sociais entre e no interior dos países, e a massificação da tecnologia não atingiu a todos igualmente, produzindo uma maioria da população do mundo marginalizada do acesso aos bens e serviços.

Vivemos numa sociedade global, que se caracteriza pelo estímulo a múltiplas formas de consumo, ao mesmo tempo em que nega à maioria da população as condições materiais para fazer parte deste mercado enquanto consumidores, como bem descreve Galeano em seu "Mundo ao Avesso". Além da desestruturação do Estado caracterizada por sua fragmentação e pela perda de poder de intervenção nesse mercado, seja com o nome de Estado Mínimo ou Neoliberal – vemos aflorar uma gama de atuações legais e ilegais, nas relações de trabalho, nos mercados paralelos das drogas e armas que movimentam um vasto fluxo de produção, consumo e lucratividade.

Nosso tempo também caracteriza-se pela intolerância, que agrava, aprofunda e amplia o contexto desfavorável à saúde e contribui para dar corpo às desigualdades sociais que não podem ser simplificadas, como o distanciamento entre pobres e ricos. Há uma intolerância de convivência racial, religiosa, de gêneros, com os deficientes, com os homossexuais, com os idosos.

Não de menor importância é a designificação ou a desvalorização da singularidade dos indivíduos, das comunidades, dos lugares. É o predomínio da aculturação global e a marginalização das culturas e do modo de viver locais. Neste palco, também acompanhamos o abandono das subjetividades, em todas as suas dimensões, e do exercício da ternura, que nos caracteriza, nos diferencia das "inteligências artificiais" e nos torna capazes de reconstruir o mundo e o conhecimento a partir de laços afetivos[1]. Vivemos o tempo do medo, da desesperança, da quebra das relações de afetividade, da banalização da violência no cotidiano, do abuso no consumo de álcool e outras drogas.

Este é o cenário onde se desenrola, frutifica, ganha vozes e corpos a violência no mundo moderno. É o mosaico no qual vão se agregando, confluindo, dando formas e matizes às dimensões e graus de violência.

A violência, cuja magnitude como problema de saúde pública está estabelecida no último informe mundial sobre a saúde da OMS (WHO, 2002), ganha vulto significativo no quadro sanitário de nossos países. Muitas são as vidas ceifadas, a maioria de jovens, por homicídios, colisões, brigas de gangues e suicídios. Muitos são os que têm de aprender a conviver com mutilações físicas e emocionais, além do custo econômico para a sociedade e suas famílias e as desestruturações afetivas daí advindas. O fato é que a violência é um problema de saúde, complexo em sua causalidade, singular na perspectiva da narrativa de seus sujeitos e um grande desafio para o setor.

A violência relaciona-se com o consumo e é alardeada pelos meios de comunicação, valorizada enquanto fato, vulgarizada no sofrer de suas vítimas, o que nos leva ao dizer de Montenegro: "há um amplo consenso nas sociedades de que a violência é um aspecto negativo da conduta humana, embora, e aqui reside um dos paradoxos da sociedade em que vivemos, dado o lugar, a proeminência, o espaço, a gratuidade, a forma como se apresenta a violência nos meios de comunicação de massa, poderia se chegar à conclusão de que é um valor reconhecido por nossa cultura" (1997).

A banalização da violência chega a ser caricatural. Assistindo ao filme **Cidade de Deus** ficamos tristes e surpreendidos quando algumas das cenas mais violentas produziam gargalhadas no público, demonstrando a insensibilidade de reconhecer a gravidade desse tipo de problema para a sociedade e o alheamento frente a uma realidade que nos parece externa, longínqua, que não nos pertence, nos aliena do sofrer do outro e rompe a possibilidade de solidariedade.

As desigualdades sociais, tão profundas em nossos países, contribuem decisivamente para a violência, produzem o aumento da conflitividade da sociedade, articula a desocupação, a deterioração das relações intrafamiliares, a pobreza, e a integração ao mercado ilegal de drogas (Castells, 1999).

A violência no parecer de Minayo (2002) é um processo de exacerbação conflitiva derivada do enfraquecimento do Estado, do crescimento do crime organizado, da generalização crescente e desenfreada da criminalidade comum associada à impunidade e à corrupção freqüente nas instituições policiais.

Múltiplos estudos têm assinalado a relação entre condutas violentas e programas de televisão. O informe do Cirurgião Geral dos Estados Unidos, em 1972, expressa essa preocupação "está claro que a relação causal entre violência televisiva e conduta anti-social é suficiente para justificar uma apropriada e imediata ação corretiva" (Montenegro, 1997).

A violência não é um problema a mais de saúde pública, é um sintoma que se torna mais grave em países periféricos e em desenvolvimento, como os nossos. É um sofrimento a mais de nossos povos que se mistura a outros sofreres, como a desesperança no futuro, o medo da solidão, o não acesso à cidadania tão buscada, o espaço cada vez mais alargado da comunicação em contraposição ao espaço cada vez mais estreito do viver em ruelas, vilas, quartos amontoados.

Se esses aspectos não esgotam as causalidades do problema e sua complexidade, permitem vislumbrar a ne-

---

[1] ***"A ternura é um paradigma de convivência que deve ser adquirido no terreno do amoroso, do produtivo e do político, arrebatando, palmo a palmo, territórios em que dominam há séculos os valores da vingança, da sujeição e da conquista". (RESTREPO: 1994)***

cessidade de intervenções articuladas, nas quais potencializem as estratégias dos governos e da sociedade para o estabelecimento de diagnósticos e construção conjunta de soluções. Um processo que necessita também de uma ampla participação social, das comunidades e dos indivíduos. A promoção da saúde, como campo de ações edificado a partir do setor Saúde, nos remete a tomar posição, a participar enquanto setor do campo social, não mais na postura assistencial de atender às vítimas, mas como cidadãos/sujeitos em defesa da vida. Impõe-nos a necessidade de construir com os demais setores da sociedade uma nova perspectiva do viver, que leve em conta o estímulo de relações solidárias, tolerantes, afetivas, amorosas. Nos coloca frente a nossa responsabilidade com a construção de espaços acolhedores e saudáveis, leva-nos a perseguir a não hegemonia de um conhecimento sobre o outro, a refletir e nos responsabilizar sobre uma nova ordem de desenvolvimento que se desgarre do simples progresso econômico e do consumo e leve em conta o humano, o social e o compromisso com o futuro.

Compreender a violência neste contexto, como sintoma de processos mais profundos de marginalização de direitos sociais e da afetividade, nos desafia a encontrar as soluções importantes, embora pontuais e setoriais, de ampliação dos números de leitos de pronto-socorro, de unidades de terapias intensivas, de cadeias e presídios. Ao lado deste processo, que nos leva à busca do reforço sem-fim da segurança, construção de fortalezas para que nos abriguemos, esperamos a criação de estratégias que nos levem a uma perspectiva ética da construção de cidadania, solidariedade, tolerância e amorosidade, que devem estar presentes em qualquer proposta de redução da violência e que são propósitos da promoção da saúde.

Maria do Socorro Lemos é médica-infectologista, consultora técnica do Projeto de Promoção da Saúde da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde

****Miguel Malo Serrano é médico-sanitarista, coordenador de Promoção da Saúde do Escritório Brasil da OPAS.***

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTELLS, M., *End of Millenium.* 2o. ed. Blackwell Publishers: UK, 1999.

MINAYO, M. C. S., *Palestra na III Conferencia Latinoamericana de Promoción de Salud y Educación en Salud,* São Paulo, novembro, 2002.

MONTENEGRO, H., *Violencia en sus distintos ambitos de expresión,* Dolmen Ediciones: Chile, 1994.

RESTREPO, L. C., O Direito à Ternura. Editora Vozes: Petrópolis, 1994.

WHO, *World Report on Violence and Health,* 2002.

Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bl G
70058-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 315.2425
Fax: (61) 224.8747
Home page: www.saúde.gov.br

Secretaria de Políticas de Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bl G –
7.º andar – Sala 702
70058-900 – Brasília - DF
Fone: (61) 223.9391
Fax: (61) 226.0063

Secretaria de Assistência à Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bl G –
9.º andar – Sala 904
70058-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 315.2626
Fax: (61) 225.0054

Ministério da Justiça
Esplanada dos Ministérios – Bloco T
70064-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 429.3000
Fax: (61) 224.4884
Home page: www.mj.gov.br

Secretaria Nacional de Segurança Pública
Esplanada dos Ministérios – Bloco T
5.º andar – sala 500
70064-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 226.6540
Fax: (61) 429.3578
E-mail: senasp@mj.gov.br

Secretaria Nacional dos Direitos Humanos
Esplanada dos Ministérios – Bloco T
4.º andar – sala 420
70064-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 225.0906
Fax: (61) 223.2260
E-mail: sedh@mj.gov.br

Conselho Nacional de Segurança Pública
Esplanada dos Ministérios – Bloco T
Anexo II – 4.º andar
70064-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 226.2296
Fax: (61) 322.6817

Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana
Esplanada dos Ministérios – Bloco T
3.º andar – sala 331
70064-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 226.2296
Fax: (61) 322.6817
E-mail: cddph@mj.gov.br

Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
Esplanada dos Ministérios Bloco T
3.º andar – sala 308
70064-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 224.3105
Fax: (61) 419.9179
E-mail: cndm@mj.gov.br

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
Esplanada dos Ministérios Bloco T
Anexo II – 2.º andar – sala 209
70064-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 226.4069
Fax: (61) 223.4489
E-mail: conanda@mj.gov.br

Conselho Nacional de Trânsito
Espalanda dos Ministérios Bloco T
5.º andar – sala 524
70064-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 226.2089
Fax: (61) 322.6817
E-mail: denatran@mj.gov.br

Organização Pan-Americana da Saúde - Opas/OSM
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
70800-400 – Brasília – DF
Fone: (61) 426.9595
Home page: www.opas.org.br

Comissão Intersetorial Permanente de Trauma e Violência do CNS

COORDENADOR

José Carvalho de Noronha
ABRASCO/SBPC
Rua São Francisco Xavier, 524, 7.º andar
Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 2587.7303 / 2523.5038
2522-7431 (res.) / 9953.3075
Fax: (21) 2264.1142
E-mail: noronha@uerj.br
josenoronha@globo.com
abrasco@ensp.fiocruz.br

TITULARES

Cláudia Araújo dos Santos
Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Ed. Sede, Sala 113 Sobreloja
70058-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 315.3415
Fax: (61) 315.3512
E-mail: claudia.araujo@saude.gov.br

Carlos Hugo Suarez Sampaio
Ministério da Justiça
Esplanada dos Ministérios, Bloco T
Ed. Sede – Sala 300 – 3.º andar
70064-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 429.3127
Fax: (61) 226.7102
E-mail: hugo@mj.gov.br

Luciana Barreto Phebo
CONASS
Rua General Glicério n.º 440, Apto. 403
Bairro Laranjeiras
02245-120 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 2240.1755 / 9222.2299
Fax: (61) 2556.2553
E-mail: lumi@arras.com.br
lucianap@saude.rj.com.br

Carlos Alberto Gebrim Preto
CONASEMS
Rua Cel. Luis José dos Santos, 74 – Centro
Fone: (43) 424.0522
Fax: (43) 429.1407
E-mail: saudeapucarana@uol.com.br

Gilberta Santos Soares
Rede Saúde
Rua Eutiquiano Barreto, 820 – Apto 1303
Ed. Enseada – Bairro Manaíra
58038-311 – João Pessoa – PB
Fone: (83) 222.3095 / 241.5916
Fax: (83) 241.5916
E-mail: cunha@zaitec.com.br

Maria Natividade Gomes T. da Silva
Fórum Nacional dos Trabalhadores na Área de Saúde- FENTAS
SGAN 603 conj B, Av. L2 Norte – ABEN
70830-030 – Brasília – DF
Fone: (61) 226.0653 / 9994.9437
Fax: (61) 225.4473
E-mail: aben@abennacional.org.br
marinati@terra.com.br

Gyséllle Saddi Tannous
Entidades Portadores Patologias e Deficiências- PESTALOZZI
Rua Golden Gate, 416
79032-500 – Campo Grande – MS
Fone: (67) 384-61—5167
Fax: (67) 325.4064
E-mail: gysellestannous@hotmail.com

Maria Leda de R. Dantas
COBAP
Rua dos Navegantes, 541
Apto. 1.002, Boa Viagem
51021-010 – Recife – PE
Fone: (81) 3465.0869 / 3465.0471
9968-6042
Fax: (81) 3465-0471
E-mail: fldantas@zaz.com.br

SUPLENTES

Sheila Miranda da Silva
Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Ed. Sede, Sala 113, Sobreloja
70058-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 315.3415 / 2271 / 912.8099
Fax: (61)315-3412
E-mail: sheila@saude.gov.br

Niusarete Margarida
Ministério da Justiça

Denise de Souza C. Vaz
CONASS
Rua México n.º 128, 4.º andar, sala 420
20031-142 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 2240.4331 / 9888.7323
Fax: (21) 2556.2553
E-mail: dvaz@saude.rj.gov.br

Maria Eunice Guedes
Rede Saúde
Rua Pariquis, 1760 – Apto. 106
Bairro Batista Campos
66039-590 – Belém – PA
Fone: (91) 242.0318 / 9116.8566
E-mail: mariaeunice.guedes@bol.com.br
mefg@ufpa.br

Artur Custódio M. de Souza
Entidades Portadores Patologias e Deficiências- PESTALOZZI
Rua do Matoso n.º 06, Grupo 205,
Praça da Bandeira
20270-130 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 2273.0263 / 9995-5518
Fax: (21) 2273.0263
E-mail: arturmorhan@uol.com.br

Jairnilson Paim
ABRASCO/ SBPC
Rua Padre Feijó, 29, Canelas, 4.º andar
40110-170 – Salvador – BA
Fone: (71) 245.0544
Fax: (71) 237.5856
E-mail: jairnil@ufba.br

Coordenadores Estaduais para Trauma e Violência

ACRE
Francisco Eduardo Saraiva de Farias
Av. Getúlio Vargas, 1.446 – Bosque
69908-650 – Rio Branco – AC
Fone: (68) 223.7888 / 9984.7846
Fax: (68) 223.9053
E-mail: hgcrb.sessacre@ac.gov.br

ALAGOAS
Vanilo Soares da Silva
Av. da Paz S/N – Maceió – AL
Fone: (82) 315.1127 / 315.1188
Fax: (82) 315.1127
E-mail: deas@ipdal.com.br
vanilo@afm.com.br

AMAPÁ
Helenilza Lia Mareco Lima
Av. Fab – n.º 69 – Centro – Gamafe
68906-000 – Macapá – AP
Fone: (96) 212.6159 – 212.6183
Fax: (96) 212.6202 – 212.6104
E-mail: gamafe@saude.ap.gov.br
helenilzalima@bol.com.br

AMAZONAS
Cristionor Argemiro de Souza Ksam
Av. André Araújo, n.º 701 – Aleixo
69060-001 – Manaus – AM
Fone: (92) 611.1144 / 611.1097 / 611.1041
Fax: (92) 611.1097 / 611.1041
E-mail: junlar@uol.com.br
susam@argo.com.br

BAHIA
Joselita Nunes Macêdo
Rua Carlos Maron 85 – Apto 302
40280-650 – Salvador – BA
Fone: (71) 371.2505 / 370.4179 370.4383
Fax: (71) 371.2488
E-mail: nunesmaj@ufba.br
majnunes@saude.ba.gov.br

CEARÁ
Tereza Betânia Lopes Bezerra
Av. Almirante Barroso 600 / SESA
Praia de Iracema
60060-440 – Fortaleza – CE
Fone: (85) 488.2142 / 9991.1982
Fax: (85) 488.2090 / 488.2091
E-mail: teresabetania@bol.com.br

DISTRITO FEDERAL
Renato Carmargo Viscardi
CTI Hospital de Base do Distrito Federal
SMHS Q.301/101 – UTI Adulto
70000-000 – Brasília – DF
Fone: (61) 224.2509 / 325.4487
Fax: (61) 325.4933

ESPÍRITO SANTO
Eliane do C. R. Vasconcelos
Rua João Caetano, n.º 33
Ed. Presidente Vargas – Centro
29016-200 – Vitória – ES
Fone: (27) 3381.3332 / 9961.9340 3222.5114
Fax: (27) 3381.3331
E-mail: crst@saude.es.gov.br

GOIÁS
Ciro Ricardo Pires de Castro
Av. Portugal, 744 – Setor Oeste
74140-020 – Goiânia – GO
Fone: (62) 285.5030 R.286 274.2986 / 285.3585
Fax: (62) 285.4873
E-mail: castro@american.com.br
ciro_castro@uol.com.br

MARANHÃO
Ricardo Augusto Dualibi Cassas Gomes
Estrada da Iguaiba S/N – Paço do Lumiar
65130-000 – São Luis – MA
Fone: (98) 9114.0588
Fax: (98) 246.5132
E-mail: ricardoaugustogomes@bol.com.br

MATO GROSSO
Gunther Peres Pimenta
Centro Político Administrativo / Secretaria de Estado da Saúde
Palácio Paiaguás – Bloco 5
78070-970 – Cuiabá – MT
Fone: (65) 9971.4062 / 644.8508
Fax: (65) 613.1085
E-mail: gunther@dinet.com.br

MATO GROSSO DO SUL
Rubens Trombini Garcia
Parque dos Poderes, Bloco 7
79031-902 – Campo Grande – MS
Fone: (67) 9981.7454 326.4077 R.214
Fax: (67) 326.4077 R.241
E-mail: sevs@saude.ms.gov.br

MINAS GERAIS
Helvécio Magalhães Junior
Av. Afonso Pena, 2.300
30130-007 – Belo Horizonte – Mg
Fone: (31) 3261.7932 / 3261.7563 3261.7968
Fax: (31) 3262.3214
E-mail: chgab.ses@mg.gov.br
jand@uai.com.br

PARANÁ
Vinícius Augusto Filipak
Rua Piquiri, 170 – 2.º Andar – Instituto de Saúde do Paraná / Diretoria de Sistemas de Saúde
80230-140 – Curitiba – PR
Fone: (41) 330.4530 / 330.4531
Fax: (41) 330.4572
E-mail: vfilipak@onda.com.br

PERNAMBUCO
Mário Moreira
Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/FUSAM / Diretoria Executiva de Reg. do Sistema de Saúde
Praça Oswaldo Cruz, S/N – Boa Vista
50050-210 – Recife – PE
Fone: (81) 3421.5627 / 3412.6175 3412.6179
Fax: (81) 3421.5627

PIAUÍ
Geraldo Magela Miranda
Av. Pedro Freitas, S/N
Centro Administrativo
64000-000 – Teresina – PI
Fones: (86) 218.1417
Fax: (86) 218.1420
E-mail: geraldo@saude.pi.gov.br
gmagelamiranda@uol.com.br

RIO DE JANEIRO
Luciana Barreto Phebo
Rua General Glicério 440/403
Laranjeiras
22245-120 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 2503.2257 / 2503.2246 2273-7398
Fax: (21) 2556.2553
E-mail: lumi@arras.com.br
gpa@pcrj.rj.gov.br
lucianap@saude.rj.gov.br

RIO GRANDE DO NORTE
Fernanda Feijó
Av. Praia de Ponta Negra, 9.069
Ponta Negra
59092-100 – Natal – RN
Fone: (84) 232.2717 / 232.2647 9402.7090
Fax: (84) 232.2647
E-mail: fernandafeijo.ses@rn.gov.br

RIO GRANDE DO SUL
Maria Juliana Moura Corrêa
Av. Borges de Medeiros, n.º 1.501
5.º Andar – Sala 3 – Coordenadoria de Atenção Integral ao Trabalhador
90119-900 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3226.4693 / 3228.1200
E-mail: trabalhador@saude.rs.gov.br

RORAIMA
José Nunes da Rocha
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Campus do Paricarana – Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde
69304-650 – Boa Vista – RR
Fone: (95) 623.1309 / 623.2771 R.210 623.0112
Fax: (95) 623.1294
E-mail: saude@saude.rr.gov.br

SANTA CATARINA
Cesar Augusto Soares Nitschke
Rua Esteves Junior, 160 – 7.º Andar
Centro
88015-530 – Florianópolis – SC
Fone: (48) 221.2333 / 221.2063 9971-2539
E-mail: cesarnit.samu-sc@saude.sc.gov.br

SÃO PAULO
José Antonio Jordão de A .R. Neto
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188
5.º Andar
São Paulo – SP
Fone: (11) 3066.8604 / 3051.6070
Fax: (11) 3051.6070
E-mail: jarneto@saude.sp.gov.br

SERGIPE
Marco Antonio F. Sarmento da Silva
Centro Médico Dr. José Augusto Barreto
Av. Gonçalo Rollemberg n.º 211
Sala 609 – Bairro São José
49015-420 – Aracajú – SE
Fone: (79) 9971.0978 / 217.5367 214.4207 / 214.1903
Fax: (79) 214-1903
E-mail: marcoaf@infonet.com.br

TOCANTINS
Adriana Nunes de Oliveira
Av. N.Senhora N.º 01 QIA
Praça dos Girassóis, S/N
77003-901 – Palmas – TO
Fone: (63) 218.1764
Fax: (63) 218.1339
E-mail: marcoselizeu@saude.to.gov.br

Coordenadores Municipais para Trauma e Violência

RECIFE – PE
Núcleo Municipal Carmelita Maia e Silva
Cais do Apolo, 925 – Recife Antigo
Sec. Municipal de Saúde, 13.º Andar
DGAS – Diretoria Executiva de Prevenção de Violência e Acidentes
Fone: (81) 3425.8724 / 3224.9473
9611-7406
50000-000 – Recife – Pe

Algumas das entidades ligadas ao combate à violência

Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente(Amencar)
Rua Goitacazes, 333 – sala 1.101 – Centro
30190-911 – Belo Horizonte, MG
Fone/fax: (31) 3213.5606
E-mail: atendimento@amencar.org.br

Associação Brasileira da Criança Negligenciada e Maltratada
Rua Dario Pederneira, 95/402
Petrópolis
90630-090 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 342.3188

Associação Brasileira de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude(ABMP)
Rua 10, n.º 238 – 6.º andar – sala 605
Setor Oeste
74120-020 – Goiânia – GO
Fone: (62) 214.1385
E-mail: abmp@abmp.org.br

Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e á Adolescência(Abrapia)
Rua Fonseca Teles, 121, 2.º andar
S. Cristóvão
20940-200 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 2589.5656
Fax: (21) 2580.8057
Central de Denúncias: (21) 0800.990.500
Home page: www.abrapia.org.br

Associação Nacional dos Centros de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
Rua do Apolo, 161, Bairro do Recife
50220-030 – Recife – PE
Fone: (81) 224.9048
E-mail: gajop@elogica.com.br

Biblioteca de Direitos Humanos - Universidade de s São Paulo(USP)
E-mail: direitoshumanos@usp.br
Home page:
www.direitoshumanos.usp.br

Centro Brasileiro da Infância e Juventude – CEBRIJ
Av. Prudente de Moraes, 1.600
14801-170 – Araraquara – SP
Fone: (16) 3331.2634
E-mail: cebrij@hotmail.com
Home page: www.cebrij.org.br

Centro de Estudos de Prevenção da Violência (Ceprev)
Rua Tomáz Nogueira Gaia, 167 –
J. América – Rib. Preto – SP
Fone: (16) 620.1377

Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuxo Sexual (USP - CEARAS)
Rua Teodoro Sampaio, 115
05405-000 – Cerqueira Campos – SP
Fone: (11) 853.9677
E-mail: bioetica@oul.com.br

Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde - CLAVES
Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4.365 – Manguinhos
21045-900 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 2598.4242
Home page: www.fiocruz.br

Centro Projeto Axé de Defesa e Proteção à Criança e ao Adolescente
Rua Prof. Lemos de Brito, 184 – Morro do Gavazza – Salvador – BA
Fone: (71) 331.6077
Fax: (71) 273.6030
E-mail: axe@ongba.org.br

Cidadania e Trânsito
Avenida Pedro Adams Filho, 5.024
93920-006 – Novo Hamburgo – RS
Home page: www.cidatran.com.br
E-mail: marpa@sinos.net

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança
Rua Lisboa, 224
05413-000 – São Paulo – SP
Fone/fax: (11) 3081.0699
Home page: www.fundabrinq.org.br

Fundo das Nações Unidas para Infância - UNICEF
SEPN 510 – Bloco A – Ed. INAN –
2.º andar
70.750-521 – Brasília – DF
Fone: (61) 3035.1900
Fax: (61) 349.0606
E-mail: brasilia@unicef.org

Geledès - Instituto de Mulher Negra
Praça Carlos Gomes, 67 – 5.º andar
Conjunto M – Liberdade
01501-040 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3115.3470
Fax: (11) 3101.0490
E-mail: geledes@geledes.com.br

Gemder - Gênero, Mulher e Desenvolvimento Regional
Rua Belo Horizonte, 64 – Ed. Empresarial
Barra Masters – sala 107 – Jardim Brasil
40140-380 – Salvador – BA
Telefax: (71) 267.2349
E-mail: gemder@gemder.org.br

Instituto Brasileiro de Ciências Criminais
Rua XI de Agosto, 52, 2.º andar
01018-010 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3105-4607
E-mail: ibccrim@ibccrim.org.br

Instituto Brasileiro de Estudos Sócioeconômicos(Inesc)
SCS – Qd. 8 – Bl.B-50 – salas 431/441
Ed. Venâncio 2.000
70333-970 – Brasília – DF
Fone: (61) 226.8093
Fax: (61) 226.8042
E-mail: jairb@inesc.org.br

Instituto Sou da Paz
Rua Luis Murat, 260 – Vila Madalena
05436-050 – São Paulo – SP
Fone/Fax: (11) 3812.1333
Home page: www.soudapaz.org

Movimento Nacional de Direitos Humanos(MNDH)
SEPN 506 – Bl.C – subsolo – sala 07
70530-535 – Brasília – DF
Fone: (61) 273.7170
Fax: (61) 274-7671
Home page: www.mndh.org.br

Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
SEPN – quadra 506
Ed. Polícia Rodoviária
70740-530 – Brasília – DF
Fone: (61) 347.1162
Fax: (61) 347.1117
Home page: www.mnmmr.org.br

Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV-USP)
Av. Professor Lúcio Martins Rodrigues
Travessa 4 – Bloco 2
05508-900
Fone: (11) 3091.4951
Fax: (11) 3091.4950
E-mail: nev.@usp.com.br

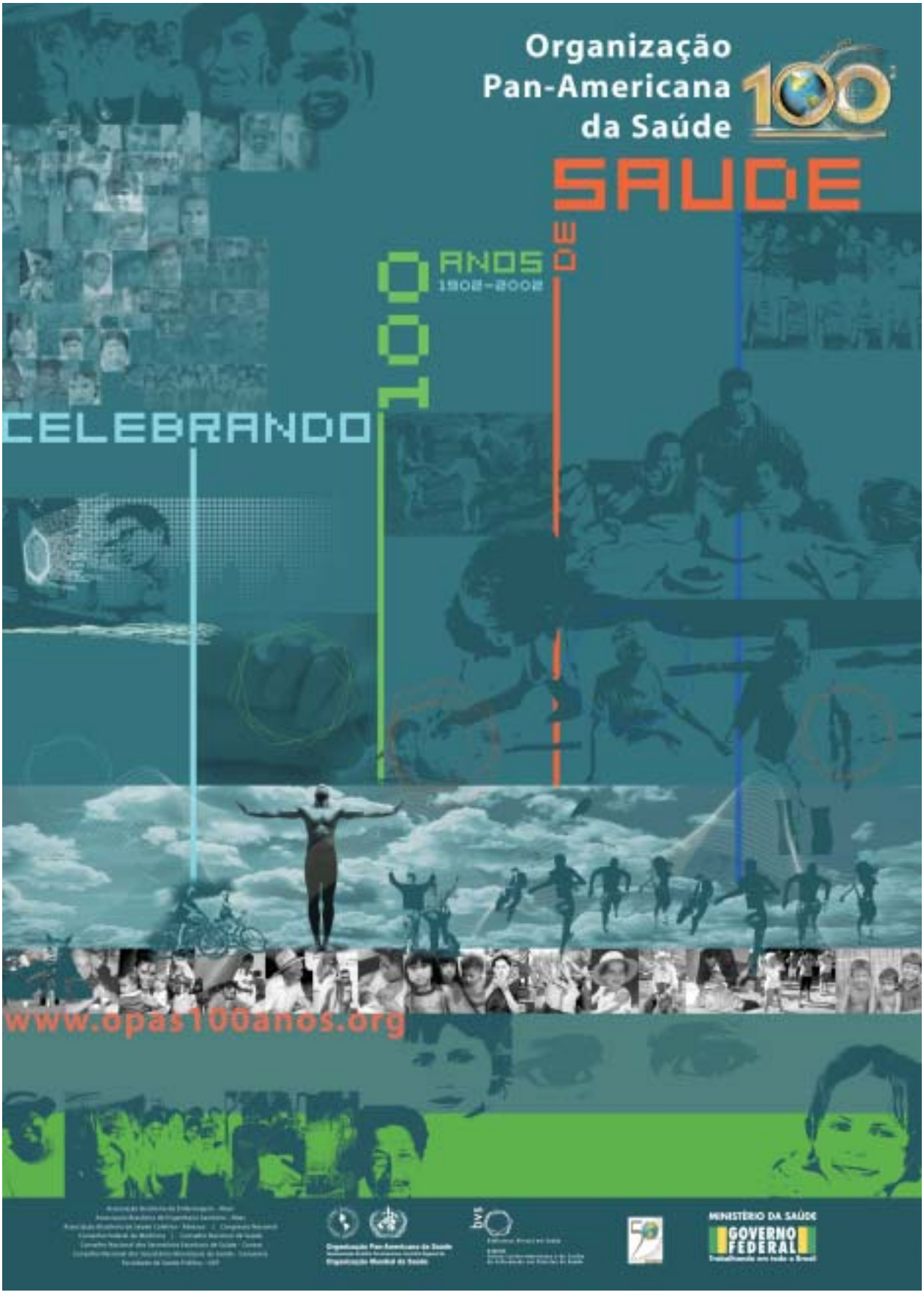
Núcleo de Referências às Vítimas de Violência Instituto Sedes Sapiente - NRVR
Rua Ministro Godoy, 1.484
São Paulo – SP
Fone/fax: (11) 3873.2314
E-mail: sedes@ax.apc.org

Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura - Unesco
SAS – Quadra 05 – Bloco H – Lote 06
Ed. CNPq/IBICT/Unesco – 9.º andar
70070-914 – Brasilia – DF
Fone: (61) 321.3525
Fax: (61) 322.4261
E-mail: UHBRZ@unesco.org

Pastoral da Criança - CNBB
Rua Pasteus, 279
80250-902 – Curitiba – PR
Fone: (41) 322.0704
Fax: (41) 224.6986
E-mail: pastoral@revidia.org.br

Projeto Casa de Apoio à Mulher Adolescente - Casa de Zabelê
Av. Cel. Costa Araújo, 500
64049-460 – Teresina – PI
Fone/fax: (86) 221.4100

Viva Rio
Ladeira da Glória, 98 – Glória
22211-120 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 2555.3750
E-mail: vivario@vivario.org.br


Organização
Pan-Americana
da Saúde
100
SAÚDE
DE
100 ANOS
1902-2002
CELEBRANDO
www.opas100anos.org
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
bvs
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO FEDERAL
Trabalhando em todo o Brasil

revista da saúde

ano III - n.º3 - dezembro de 2002

ISSN 1676-4250

Revista da Saúde
Publicação do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Presidente do CNS
Ministro de Estado da Saúde Barjas Negri

CONSELHO EDITORIAL

Representantes dos Usuários
Mário Scheffer

Representante do Governo
Sílvio Mendes de Oliveira Filho

Representante dos Prestadores de Serviços
Olympio Távora Corrêa

Representante dos Profissionais de Saúde
Temístocles Marcelos Neto

Assessoria de Comunicação Social
Fernando Cartaxo
Paulo Henrique de Souza

Editor Responsável
Paulo Henrique de Souza - RP: 734/04/72/GO

Reportagem
Andrea Doré
Celso Fontão
Fernando Cartaxo
Glaúcia Lopes

Fotos
Páginas 6, 15, 16, 27, 30, 33, 43 e 45: Bruno Spada;
Páginas 10, 17, 35 e 36: arquivo Radiobrás;
Páginas 18, 38 e 40: arquivos CNS e Ministério da Saúde;
Página 46: Hugo Denizart

Editoração
Reinaldo Palmeira
(61) 9969-2352

Revisão
Denise Carnab
Mara Pamplona
Rogerio Pacheco

Impressão e acabamento
Editora MS – Coordenação de Processo Editorial/
CGDI/SAA/SE/MS
Fone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
Endereço: SIA, Trecho 4, Lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília – DF

Endereço para correspondência:
Conselho Nacional de Saúde
Assessoria de Comunicação Social
Esplanada dos Ministérios
Bl. G - Anexo Ala B 1.º andar – salas 128 a 147
CEP: 70058-900 – Brasília – DF
Fones: (61) 315-2150/315-2151/226-3298
Fax: (61)315-2414/315-2472
E-mail: cns@saude.gov.br
Home page: conselho.saude.gov.br

As matérias são de responsabilidade de seus autores
Tiragem: 15.000 exemplares

A sociedade vem à Brasília discutir caminhos para o País. Fique atento...

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde

CÂMARA

0800-61 1997
www.saude.gov.br

SUS

Conselho Nacional de Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Governo do BRASIL