

Violência: um problema global de saúde pública *

Violence: a global public health problem *

Linda L. Dahlberg¹
Etienne G. Krug¹

Abstract *This article is a version of the Introduction to the World Report on Violence and Health, published by the World Health Organization (WHO). It presents a general description about this phenomenon and points some basic questions: concepts and definitions about the theme; the state of knowledge about it; nature and typology on violence; proposal of a quantitative and qualitative approach of an ecological model; responsibilities and functions of the public health sector and its potentiality to prevent and reduce violence in the world; the responsibilities of the nations and the policy makers in a intersectorial point of view; difficulties and obstacles for actuation and challenges for the health sector.*

Key words *Violence and health, World Report on Violence and Health, External causes*

Resumo *Este artigo é uma versão do que foi publicado no Informe Mundial sobre Violência e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), como introdução ao tema. Apresenta uma descrição geral da problemática e a posição da OMS. Nele, os autores se dedicam a responder algumas questões básicas: o estado do conhecimento sobre o assunto; os conceitos e definições com os quais a OMS trabalha; a natureza e a tipologia sobre violência; as formas de abordagem quantitativa e qualitativa em um modelo ecológico; o lugar e o papel da saúde pública e sua potencialidade com vistas a contribuir para prevenir e diminuir a violência no mundo; as responsabilidades das nações e dos gestores em todos os níveis; os obstáculos para atuação e os desafios para o setor.*

Palavras-chave *Violência e saúde, Informe Mundial sobre Violência e Saúde, Causas externas*

* Capítulo extraído com autorização do autor do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. OMS, Organização Mundial de Saúde. Genebra: OMS; 2002. Version of the Introduction to the World Report on Violence and Health (WHO); Geneve: WHO, 2002, authorized by the authors.

¹ Division of Violence Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, WHO, Atlanta GA. ldahlberg@cdc.gov

Introdução

A violência, provavelmente, sempre fez parte da experiência humana. Seu impacto pode ser mundialmente verificado de várias formas. A cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de auto-agressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva. Em geral, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo.

Embora seja difícil ter estimativas precisas, o custo da violência para o mundo se traduz em bilhões de dólares de despesas anuais com cuidados de saúde, acrescidos de outros bilhões relativos às economias dos países, em termos de dias não trabalhados, imposição e cumprimento da lei e investimentos perdidos.

O custo humano de dor e sofrimento, naturalmente, não pode ser calculado e é, na verdade, quase invisível. Embora a tecnologia tenha tornado certos tipos de violência – terrorismo, guerras, rebeliões e tumultos civis – diariamente visíveis para as audiências televisivas, um número maior de atos violentos ocorre sem ser visto nos lares, locais de trabalho e mesmo em instituições sociais e médicas destinadas ao cuidado do público. Muitas das vítimas são muito jovens, fracas ou doentes para se protegerem. Outras, por convenções ou pressões sociais, são forçadas a guardar silêncio sobre suas experiências.

Da mesma forma que seus impactos, algumas causas da violência são facilmente constatadas. Outras estão profundamente enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana. Pesquisas recentes sugerem que, enquanto fatores biológicos e vários fatores individuais explicam a predisposição para a agressão, com frequência tais fatores interagem com fatores familiares, comunitários, culturais ou outros fatores externos, criando situações em que a violência pode ocorrer.

Embora a violência tenha estado sempre presente, a humanidade não deve aceitá-la como um aspecto inevitável da condição humana. Juntamente com a violência, sempre houve sistemas religiosos, filosóficos, legais e comunitários que foram desenvolvidos a fim de preveni-la ou limitá-la. Nenhum deles foi completamente eficaz, mas todos deram contribuições a esse traço definidor da civilização.

Desde a década de 1980, a área da saúde pública tem desempenhado um crescente papel positivo a esse respeito. Um grande número de

médicos, pesquisadores e sistemas da saúde pública têm se dedicado à tarefa de compreender as raízes da violência e à sua prevenção.

A violência pode ser evitada, e suas consequências, reduzidas, da mesma forma que a saúde pública conseguiu prevenir e reduzir, em todo o mundo, as complicações relacionadas à gravidez, aos ferimentos em locais de trabalho, às doenças contagiosas e enfermidades causadas por alimentos e água contaminados.

Os fatores responsáveis por reações violentas, quer sejam derivados de atitudes e comportamentos ou de condições sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas, podem ser modificados.

É possível prevenir a violência. Esta afirmação não é um artigo de fé, mas baseada em evidências constatadas a partir de exemplos de sucesso em todo o mundo, desde ações individuais e comunitárias de pequena escala até políticas nacionais e iniciativas do legislativo.

Qual pode ser a contribuição da saúde pública?

Por definição, a saúde pública não trata de pacientes individuais. Ela se concentra em enfermidades, condições e problemas que afetam a saúde e tem por objetivo fornecer o maior benefício para o maior número de pessoas. Isto não quer dizer que a saúde pública não se interesse pelo cuidado dos indivíduos. Sua preocupação é prevenir problemas de saúde e levar segurança e cuidados às populações na sua totalidade.

A abordagem da saúde pública a qualquer problema é interdisciplinar e com base científica¹. Ela se baseia em conhecimentos de diversas áreas, como a medicina, a epidemiologia, a sociologia, a psicologia, a criminologia, a educação e a economia. Tal embasamento permitiu que a saúde pública fosse inovadora e sensível a um amplo espectro de enfermidades, doenças e males em todo o mundo.

A abordagem da saúde pública também coloca ênfase na ação coletiva. Com frequência tem sido comprovado que esforços coletivos provenientes de setores diversos, como saúde, educação, serviço social, justiça e políticas, são necessários para solucionar aquilo que usualmente é considerado um problema unicamente médico. Cada setor desempenha um papel importante na solução do problema, e, coletivamente, as várias abordagens têm o potencial de produzir reduções relevantes da violência.

A abordagem da saúde pública à violência está baseada nos requisitos rigorosos do método

científico. Ao deslocar-se do problema para a solução, ela apresenta quatro etapas importantes:

1) examinar o maior número possível de conhecimentos básicos sobre todos os aspectos da violência e unir sistematicamente dados sobre a extensão, o objetivo, as características e as consequências da violência a nível local, nacional e internacional;

2) investigar por que a violência ocorre, isto é, realizar pesquisas para determinar causas e fatores correlatos da violência; os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência; os fatores passíveis de serem modificados por intermédio de intervenções;

3) usando a informação acima, explorar formas de prevenção da violência, planejando, executando, monitorando e avaliando as intervenções;

4) levando a cabo, em cenários diversos, as intervenções que parecem promissoras, disseminando amplamente a informação, bem como determinando o custo e a eficácia dos programas.

A saúde pública caracteriza-se, sobretudo, por sua ênfase em prevenção. Mais do que simplesmente aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida reside na forte convicção de que o comportamento violento e suas consequências podem ser prevenidos e evitados.

Definição de violência

Toda análise abrangente da violência deve começar pela definição de suas várias formas, de modo a facilitar a sua medição científica. É possível definir a violência de muitas maneiras. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência² como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

A definição dada pela OMS associa intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. São excluídos da definição os incidentes não intencionais, tais como a maioria dos ferimentos no trânsito e queimaduras em incêndio.

A inclusão da palavra "poder", completando a frase "uso de força física", amplia a natureza de um ato violento e expande o conceito usual de violência para incluir os atos que resultam de uma relação de poder, incluindo ameaças e intimidação. O "uso de poder" também leva a incluir a negligência ou atos de omissão, além dos

atos violentos mais óbvios de execução propriamente dita. Assim, o conceito de "uso de força física ou poder" deve incluir negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos auto-infligidos.

Esta definição cobre uma ampla gama de resultados, incluindo injúria psicológica, privação e desenvolvimento precário. Ela reflete um crescente reconhecimento entre pesquisadores da necessidade de incluir a violência que não produza necessariamente sofrimento ou morte, mas que, apesar disso, impõe um peso substancial em indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo. Muitas formas de violência contra mulheres, crianças e idosos, por exemplo, podem resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais que não representam necessariamente ferimentos, incapacidade ou morte. Tais consequências podem ser imediatas ou latentes e durar por anos após o ato abusivo inicial. Assim, definir as consequências somente em termos de ferimento ou morte limita a compreensão total da violência em indivíduos, nas comunidades e na sociedade em geral.

Um dos aspectos mais complexos da definição é a questão da intencionalidade. Devem-se observar dois pontos importantes em relação a isto. Primeiro, mesmo que se distinga a violência de atos não intencionais que produzem ferimentos, a intenção de usar força em determinado ato não significa necessariamente que houve intenção de causar dano. Na verdade, pode haver enorme disparidade entre comportamento intencional e consequência intencional. O agressor pode cometer um ato intencional que, sob critério objetivo, pode ser considerado perigoso e, possivelmente, ter resultados adversos para a saúde, mas não percebê-lo assim.

Vejamos alguns exemplos: Dois jovens podem se envolver em uma luta física. Ao usar o punho contra a cabeça do oponente ou uma arma na briga, o jovem certamente aumenta o risco de ferimento sério ou mesmo morte, embora nenhuma das alternativas tenha sido a sua intenção. Um pai ou mãe pode sacudir vigorosamente um bebê que chora com a intenção de acalmá-lo. Esta ação, todavia, pode causar-lhe um dano cerebral. A força foi usada, mas sem a intenção de causar dano físico.

Em relação à intencionalidade, deve-se distinguir a intenção de ferir e a intenção de "usar violência". A violência, segundo Walters & Parke³, é culturalmente determinada. Há pessoas que querem ferir outras, mas segundo sua formação cultural e crenças, não consideram seus atos violentos. Contudo, a OMS define violência na medi-

da em que ela diz respeito à saúde ou ao bem-estar dos indivíduos. Alguns comportamentos, como bater na esposa, podem ser visto por certas pessoas como práticas culturais aceitáveis, mas são considerados atos violentos com importantes efeitos na saúde do indivíduo.

Outros aspectos da violência são incluídos na definição, embora não se encontrem explicitados. Por exemplo, a definição implicitamente inclui todos os atos de violência, quer sejam públicos ou privados, quer sejam reativos (em resposta a fatos anteriores, como uma provocação) ou antecipatórios (ou instrumentais para resultados automáticos⁴), ou mesmo criminosos ou não. Cada um desses aspectos é importante para a compreensão da violência e para o planejamento de programas preventivos.

Tipologia da violência

Em sua resolução WHA49.25 de 1996, em que declarava a violência como um importante problema de saúde pública, a Assembléia Mundial da Saúde convocou a OMS para desenvolver uma tipologia da violência que caracterizasse os diferentes tipos de violência e os elos que os conectavam. Há poucas tipologias existentes, e nenhuma é muito abrangente⁵. A tipologia aqui proposta divide a violência em três amplas categorias, segundo as características daqueles que cometem o ato violento: a) violência autodirigida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva.

A categorização inicial estabelece uma diferença entre a violência que uma pessoa inflige a si mesma, a violência infligida por outro indivíduo ou por um pequeno grupo de indivíduos e a violência infligida por grupos maiores, como estados, grupos políticos organizados, grupos de milícia e organizações terroristas.

Estas três categorias amplas são ainda subdivididas, a fim de melhor refletir tipos mais específicos de violência.

– *Violência auto-infligida* é subdividida em comportamento suicida e agressão auto-infligida. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio – também chamadas em alguns países de "para-suicídios" ou "auto-injúrias deliberadas" – e suicídios propriamente ditos. A auto-agressão inclui atos como a automutilação.

– *Violência interpessoal* divide-se em duas subcategorias: 1) violência de família e de parceiros íntimos – isto é, violência principalmente entre membros da família ou entre parceiros íntimos, que ocorre usualmente nos lares; 2) vio-

lência na comunidade – violência entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecerem. Geralmente ocorre fora dos lares.

O primeiro grupo inclui formas de violência tais como abuso infantil, violência entre parceiros íntimos e maus-tratos de idosos. O segundo grupo inclui violência da juventude, atos variados de violência, estupro ou ataque sexual por desconhecidos e violência em instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

– *Violência coletiva* acha-se subdividida em violência social, política e econômica. Diferentemente das outras duas grandes categorias, as subcategorias da violência coletiva sugerem possíveis motivos para a violência cometida por grandes grupos ou por países. A violência coletiva cometida com o fim de realizar um plano específico de ação social inclui, por exemplo, crimes carregados de ódio, praticados por grupos organizados, atos terroristas e violência de hordas. A violência política inclui a guerra e conflitos violentos a ela relacionados, violência do estado e atos semelhantes praticados por grandes grupos. A violência econômica inclui ataques de grandes grupos motivados pelo lucro econômico, tais como ataques realizados com o propósito de desintegrar a atividade econômica, impedindo o acesso aos serviços essenciais, ou criando divisão e fragmentação econômica. É certo que os atos praticados por grandes grupos podem ter motivação múltipla.

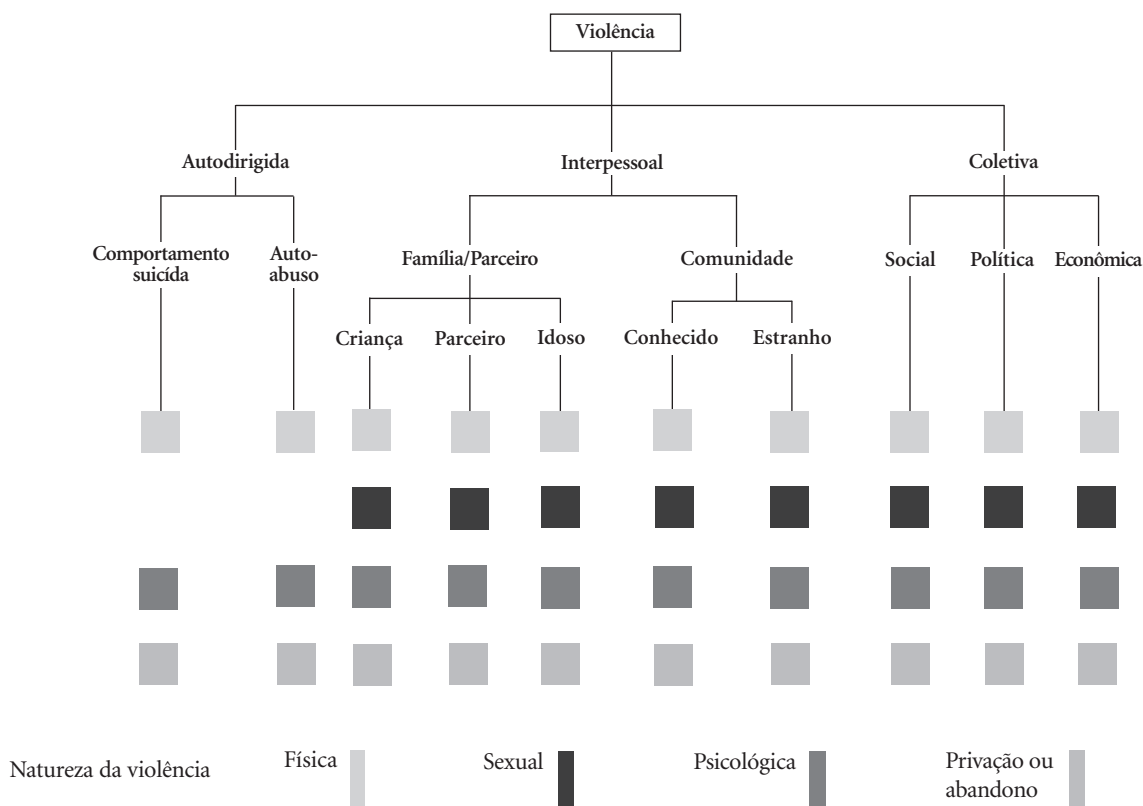
A natureza dos atos violentos

O gráfico 1 ilustra a natureza dos atos violentos, que pode ser: 1) física; 2) sexual; 3) psicológica; 4) relacionada à privação ou ao abandono. A série horizontal na ilustração 1.1 indica quem é atingido, e a vertical descreve como a vítima é atingida.

Esses quatro tipos de atos violentos ocorrem em cada uma das grandes categorias e suas subcategorias descritas acima, com exceção da violência auto-infligida. Por exemplo, a violência contra crianças praticada nos lares pode incluir abuso físico, sexual e psicológico, como também abandono. A violência na comunidade pode incluir ataques físicos entre jovens, violência sexual em locais de trabalho e abandono de idosos por longo tempo em instituições. A violência política inclui estupros em conflitos e guerra física e psicológica.

Esta tipologia, embora imperfeita e não universalmente aceita, fornece uma estrutura útil

Gráfico 1
Tipologia da violência.



para a compreensão dos tipos complexos de violência praticada em todo o mundo, assim como a violência na vida cotidiana de indivíduos, famílias e comunidades. Ela também supera as muitas limitações de outras tipologias, na medida em que capta a natureza dos atos violentos, a relevância do cenário, a relação entre agente e vítima e, no caso da violência coletiva, as possíveis motivações para a violência. Todavia, tanto na pesquisa como na prática, as linhas divisórias dos diferentes tipos de violência nem sempre são claras.

A medição da violência e seus impactos

Para propósitos variados são necessários diferentes tipos de dados, a saber: 1) descrição do volume e impacto da violência; 2) compreensão dos fatores que aumentam o risco de haver

vítimas e agressores violentos; 3) conhecimentos da eficácia dos programas de prevenção da violência. Alguns tipos de dados e fontes acham-se descritos na tabela 1.

Pode-se ter indicação da extensão da violência total em uma comunidade ou país por intermédio dos dados de fatalidades ocorridas, especialmente de homicídios, como também de suicídios e mortes em situação de guerra. Quando comparados a estatísticas de outros tipos de morte, tais dados são indicadores eficazes do ônus das injúrias relacionadas à violência. Tais dados também podem ser usados para monitorar alterações da violência fatal, identificando grupos e comunidades com alto risco de violência e fazendo comparações no interior dos países ou entre eles.

Os números relativos à mortalidade, contudo, são apenas um dos tipos possíveis de dados que descrevem o volume do problema. Como os efeitos

Tabela 1
Tipos de dados e fontes potenciais para a coleta de informação.

Tipos de dados	Fontes de dados	Exemplos de informação coletada
Mortalidade	Certidão de óbito, estatísticas vitais, registros médicos, legistas ou relatórios mortuários	Características do morto, causa da morte, local, hora, tipo de morte
Morbidez e outros dados de saúde	Hospital, clínica ou outros registros médicos	Doenças, ferimentos, informação de saúde física, mental ou reprodutiva
Auto-relatório	Levantamentos, estudos especiais, grupos especiais, mídia	Atitudes, crenças, comportamentos, práticas culturais, vitimização e agressão, exposição à violência no lar ou comunidade
Comunidade	Registros da população, registros do governo local, outros registros institucionais	Número e densidade populacional, níveis de renda e educação, taxa de desemprego, taxa de divórcio
Crime	Registros policiais, registros judiciais, laboratórios criminais	Tipo de agressão, características do agressor, relação entre vítima e agressor, circunstâncias do fato
Econômico	Programa, registros de instituição ou agência, estudos especiais	Despesas com saúde, habitação ou serviços sociais, custos de tratamento de ferimentos relacionados à violência, uso de serviços
Políticas do governo ou legislativo	Registros do governo ou do legislativo	Leis, políticas e práticas institucionais

não fatais são muito mais comuns do que os fatais, e como certos tipos de violência não são totalmente representados nos dados de mortalidade, são necessários outros tipos de informação. Tais informações podem ajudar a compreender as circunstâncias relativas a incidentes específicos, como também a descrever todo o impacto da violência na saúde de indivíduos e comunidades. Esses tipos de dados incluem: dados relativos a doenças, danos e demais condições de saúde; dados auto-relatados sobre atitudes, crenças, comportamentos, práticas culturais, ações contra vítimas e exposição à violência; dados da comunidade sobre características da população, níveis de renda, educação e desemprego; dados criminais relativos às circunstâncias das ocorrências e agressores violentos; dados econômicos relativos aos custos de tratamento e serviços sociais; dados indicando o peso econômico sobre os sistemas de saúde e possível economia obtida nos programas de prevenção; dados sobre política e legislação.

Entre as fontes potenciais de vários tipos de

informação incluem-se: indivíduos, registros de agências e instituições; programas locais; registros comunitários e governamentais; levantamentos a partir da população; e outros como estudos especiais.

Embora não faça parte da tabela 1, quase todas as fontes incluem informações demográficas básicas, como idade e sexo do indivíduo. Algumas fontes, tais como registros médicos, policiais, certidões de óbito e relatórios mortuários, incluem informações específicas da ação violenta. Dados de departamentos de emergência, por exemplo, podem fornecer informações sobre a natureza de uma agressão, como foi feita, onde e quando ocorreu. Os dados coletados pela polícia podem incluir informações sobre a relação entre vítima e agressor, se havia uma arma e outras circunstâncias relacionadas com a agressão.

Levantamentos e estudos especiais podem fornecer informações detalhadas sobre a vítima ou o agressor, sua origem e história de vida, atitudes, comportamento e possível participação

Tabela 2

Estimativa global de mortes relacionadas com violência – 2000.

Tipo de violência	Número ^a	Taxa p/ pop. de 100.000 ^b	Proporção do total (%)
Homicídio	520.000	8.8	31.3
Suicídio	815.000	14.5	49.1
Relacionados c/ guerra	310.000	5.2	18.6
Total ^c	1.659.000	28.8	100.0
Países de renda baixa a média	1.510.000	32.1	91.1
Países de renda alta	149.000	14.4	8.9

Fonte: Projeto Carga Global de Doença OMS para 2000, Versão 1 (ver anexo estatístico).

^a Arredondado para 1.000 mais próximo.^b Idade estandardizada.^c Inclui 14.000 mortes com ferimento intencional resultantes de intervenção legal.

anterior em atos de violência. Tais fontes também podem revelar ações violentas não registradas na polícia ou outras agências. Por exemplo, um levantamento de moradias na África do Sul revelou que entre 50% e 80% das vítimas de violência haviam recebido tratamento médico de ferimentos resultantes de violência sem terem relatado o incidente à polícia⁶. Em outro estudo, realizado nos Estados Unidos, 46% das vítimas que procuraram tratamento de emergência não haviam registrado o fato na polícia.

São extremamente variáveis os graus de disponibilidade, qualidade e utilidade das diferentes fontes de dados para que os tipos de violência possam ser comparados no interior dos países e entre eles. Mundialmente falando, os países encontram-se em estágios bastante diferentes quanto à sua capacidade de coleta de dados⁷.

Dentre todas as fontes, os dados sobre mortalidade são os mais amplamente coletados e os mais disponíveis. Muitos países mantêm registros de nascimento e morte, dispondo também de uma contabilidade básica de homicídios e suicídios. Entretanto, nem sempre é possível calcular essa contabilidade básica, uma vez que os dados populacionais não estão sempre disponíveis nem são confiáveis. Isso é verdadeiro especialmente onde a população encontra-se em fluxo – em áreas, por exemplo, de conflitos ou de grupos populacionais em movimento contínuo – ou, ainda, onde é difícil fazer a contagem da população, como é o caso das áreas extremamente

populosas ou muito remotas. Na maioria dos países, os dados sistemáticos de resultados não fatais não se acham disponíveis, embora estejam sendo desenvolvidos sistemas para a coleta de dados. Recentemente, tem sido publicado um bom número de documentos fornecendo orientação para medir diferentes tipos de violência em cenários variáveis⁸⁻¹⁴.

Mesmo quando os dados existem, a qualidade da informação pode ser inadequada para objetivos de pesquisa e para identificar estratégias de prevenção. Como as agências e instituições contam com registros para propósitos próprios e seguem procedimentos internos específicos na elaboração de registros, seus dados podem ser incompletos ou não oferecer o tipo de informação necessária para uma compreensão adequada da violência.

Dados originários de instituições dedicadas ao cuidado da saúde, por exemplo, são coletados com a intenção de fornecer um ótimo tratamento para o paciente. O registro médico pode conter informações sobre o diagnóstico, o dano e seu possível tratamento, mas não oferecerá as circunstâncias da agressão. Tais dados podem também ser confidenciais e não disponíveis para pesquisa. Os levantamentos, por outro lado, contêm informações mais detalhadas sobre a pessoa, sua vida e envolvimento em violência. Contudo, elas são limitadas, na medida em que pessoa conseguir se lembrar dos fatos e admitir ter se envolvido em determinadas ocorrências. Tudo isto vai também depender da maneira como as pergun-

tas são feitas e por quem, como também quando, onde e como se realiza a entrevista.

Associar dados de várias fontes é um dos problemas mais complexos na pesquisa da violência. Dados sobre violência geralmente vêm de uma variedade de organizações que agem independentemente umas das outras. Assim, dados obtidos por intermédio de médicos ou legistas geralmente não podem ser unidos a dados que tiveram a polícia como fonte. Por outro lado, há total falta de uniformidade no modo como os dados da violência são reunidos, o que torna muito difícil a comparação de dados entre comunidades e nações.

Embora este aspecto esteja fora do objetivo da nossa discussão, alguns problemas na obtenção dos dados devem ser mencionados. Eles dizem respeito a: 1) a dificuldade de desenvolver medidas que sejam relevantes e específicas de grupos de subpopulação e contextos culturais específicos^{8, 9, 11, 14}; 2) criar protocolos adequados para proteger o anonimato das vítimas e garantir sua segurança¹⁵; 3) uma série de outras considerações associadas à pesquisa da violência.

Uma visão geral do conhecimento atual

A prevenção da violência, segundo o enfoque da saúde pública, começa com uma descrição das proporções e do impacto do problema. Aqui se descreve o que é atualmente conhecido sobre os padrões globais de violência, fazendo uso das informações compiladas na base de dados sobre mortalidade da OMS e da Versão I do projeto para 2000 da Carga Global de Doenças da OMS, bem como de levantamentos e estudos especiais sobre violência.

Em 2000, estima-se que cerca de 1,6 milhão de pessoas em todo o mundo morreram de violência auto-infligida, interpessoal ou coletiva, em uma taxa geral relacionada à idade de 28,8 anos para uma população de 100.000 (Tabela 2).

A grande maioria dessas mortes ocorreu em países de baixa e média rendas. Menos de 10% de todas as mortes ocorreram em países de renda alta. Quase a metade desses 1,6 milhão de mortes por causa violenta foi de suicídios; quase um terço foi de homicídios; e cerca de um quinto foi causado por guerra.

Como muitos outros problemas de saúde no mundo, a violência não está distribuída igualmente por grupos divididos por sexo ou idade. Em 2000, a estimativa foi de 500 mil homicídios para uma taxa geral relacionado

com a idade de 8,8 para uma população de 100 mil. (Tabela 2). Correspondem a homens 77% de todos os homicídios, o que representa taxas mais do que três vezes mais altas do que entre as das mulheres – 13,6 e 4, respectivamente, para 100 mil (Tabela 3). Os números mais altos de homicídios no mundo são encontrados nos homens de 15 a 29 anos (19,4 em 100 mil), seguidos de perto por homens de 30 a 44 anos (18,7 em 100 mil). Os suicídios em todo o mundo tiraram a vida de cerca de 815 mil pessoas em 2000, em uma taxa geral relacionada à idade de 14,5 para 100 mil (Tabela 2). Mais de 60% de todos os suicídios foram de homens, e mais da metade na faixa etária de 15 a 44 anos. Tanto para homens quanto para mulheres as taxas de suicídio aumentam com a idade e são as mais altas entre os 60 anos ou mais (Tabela 3). Porém, as taxas de suicídio são mais altas entre os homens do que entre as mulheres (18,9 em 100 mil, comparado a 10,6 em 100 mil). Isto se verifica especialmente em grupos mais velhos: em todo o mundo, as taxas de suicídio entre os de 60 anos ou mais são duas vezes mais altas do que os índices entre mulheres da mesma idade (44,9 em 100 mil, comparado a 22,1 em 100 mil).

A mortalidade em relação ao nível de renda e à região do país

Os números referentes a morte violenta variam de acordo com os níveis de renda do país. Em 2000, o número de mortes violentas em países de baixa e média rendas foi de 32,1 em população de 100 mil, mais de duas vezes maior do que o índice em países de alta renda (14,4 em 100 mil) (Tabela 2).

Há também consideráveis diferenças regionais em números de morte violenta. Tais diferenças são evidentes, por exemplo, entre as regiões atendidas pela OMS. Na África e nas Américas, a taxa de homicídios é quase três vezes maior do que a de suicídios.

Contudo, na Europa e no Sudeste da Ásia, as taxas de suicídio são mais do que o dobro das taxas de homicídios (19,1 em 100 mil, comparadas a 8,4 em 100 mil na Europa, e 12,0 em 100 mil, comparadas a 5,8 no Sudeste asiático), enquanto na região do Pacífico Oriental as taxas de suicídio são quase seis vezes maiores do que as de homicídios (20,8 em 100 mil, comparadas a 3,4 em 100 mil).

Dentro de uma mesma região, também há grandes diferenças entre os países. A taxa registrada de homicídios de homens na Colômbia, por exemplo, foi de 146,5 em 100 mil, enquanto as

Tabela 3

Estimativa global das taxas de homicídios e suicídios por faixa etária, 2000.

Faixa etária (idade)	Taxa de homicídio (por população de 100.000)		Taxa de suicídio (por população de 100.000)	
	Sexo masculino	Sexo feminino	Sexo masculino	Sexo feminino
0-4	5.8	4.8	0.0	0.0
5-14	2.1	2.0	1.7	2.0
15-29	19.4	4.4	15.6	12.2
30-44	18.7	4.3	21.5	12.4
45-59	14.8	4.5	28.4	12.6
≥ 60	13.6	4.0	18.9	22.1
Total ^a	13.6	4.0	18.9	10.6

Fonte: Projeto OMS Global Burden of Disease para 2000. Versão 1. (Ver estatística em anexo)

^a Estandarizado por idade.

taxas correspondentes em Cuba e no México foram de 12,6 e 32,3 em 100 mil, respectivamente¹⁶. Também se verificam grandes diferenças entre as populações urbana e rural, entre grupos ricos e pobres e entre diferentes grupos raciais e étnicos. Nos Estados Unidos, em 1999, por exemplo, jovens afro-americanos de 15 a 24 anos tiveram uma taxa de homicídios (38,6 em 100 mil) duas vezes mais alta do que a de seus correspondentes hispânicos (17,3 em 100 mil) e mais de 12 vezes maior do que a taxa de caucasianos e não hispânicos (3,1 em 100 mil)¹⁷.

Os números acima referentes à mortalidade certamente subestimam o verdadeiro efeito da violência. Em todas as partes do mundo, as mortes representam a ponta do *iceberg* quando se fala de violência. Ataques físicos e sexuais ocorrem a cada dia, embora não se disponha de estimativas nacionais e internacionais. Nem todas as agressões provocam ferimentos que, por sua seriedade, exijam atenção médica, e mesmo as que têm consequências graves nem sempre são registradas, já que os sistemas de vigilância para registro e compilação das agressões são ainda inexistentes em muitos países ou ainda estão em fase de implantação.

Muito do que se sabe sobre a violência não fatal tem origem em levantamentos e estudos especiais de diferentes grupos da população. Por exemplo, em levantamentos nacionais, a porcentagem de mulheres que registrou ter sido fisicamente agredida por um parceiro variava de 10%, no Paraguai e nas Filipinas, a 22,1%, nos Estados Unidos, 29%, no Canadá, e 34,4%, no Egito¹⁸⁻²¹. A proporção de mulheres de diversas cidades e províncias em todo

o mundo que registrou ter sido atacada sexualmente (inclusive as vítimas de tentativa de assalto) variava de 15,3%, em Toronto (Canadá), a 21,7%, em Leo'n (Nicarágua), e 25%, em uma província do Zimbábue²¹⁻²⁵. Entre adolescentes do sexo masculino em escolas secundárias, a porcentagem dos que registraram ter participado de briga física no ano passado variou de 22%, na Suécia, e 44%, nos Estados Unidos, a 76%, em Jerusalém²⁶⁻²⁸.

Um ponto importante a ser observado aqui é que esses dados são geralmente baseados em registros dos próprios protagonistas. É difícil avaliar se eles estão super-estimando ou subestimando o verdadeiro grau dos assaltos físicos e sexuais nesses grupos. É certo que, nos países com forte pressão cultural para manter a violência escondida "debaixo do tapete", ou simplesmente para aceitá-la como "natural", a violência não fatal possivelmente não será totalmente relatada. As vítimas podem se recusar a discutir experiências violentas não somente por vergonha ou tabu, mas por medo. Reconhecer ter participado de certas ações violentas, como o estupro, pode resultar em morte em certos países. Em certas culturas, a preservação da honra familiar é um motivo tradicional para matar as mulheres que tenham sido estupradas (assim chamada "morte de honra").

O custo da violência

A violência custa às nações valores humanos e econômicos, extraindo das economias mundiais a cada ano muitos bilhões de dólares em tratamen-

tos de saúde, gastos legais, ausência do trabalho e produtividade perdida. Nos Estados Unidos, um estudo de 1992 avaliou o custo anual direto e indireto de ferimentos com arma de fogo em US\$ 126 bilhões. Ferimentos com objetos cortantes – facas, punhais, etc – custaram mais US\$ 51 bilhões²⁹. Um estudo de 1996 na província canadense de New Brunswick apontou o custo médio total por suicídio em mais de US\$ 849.000.

Os custos totais diretos e indiretos, incluindo serviços de tratamento de saúde, autópsias, investigação policial e produtividade perdida resultando em morte prematura, chegaram a quase US\$ 80 milhões³⁰.

O alto custo da violência não é específico dos Estados Unidos e Canadá. Entre 1996 e 1997, o Banco Interamericano de Desenvolvimento patrocinou estudos sobre a proporção e o impacto econômico da violência em seis países latino-americanos³¹. Cada estudo examinou as despesas resultantes da violência, incluindo serviços de saúde, cumprimento da lei e serviços judiciais, bem como perdas intangíveis e perdas por transferência de bens. Expresso como uma porcentagem do produto interno bruto (PIB) em 1997, o custo das despesas de tratamentos de saúde causados pela violência foi de 1,9% do PIB, no Brasil, 5%, na Colômbia, 4,3%, em El Salvador, 1,3%, no México, 1,5%, no Peru, e 0,3%, na Venezuela.

É difícil calcular o impacto exato de todos os tipos de violência sobre os sistemas de saúde ou seus efeitos na produtividade econômica em todo o mundo. A evidência existente indica que as vítimas de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, custos significativamente mais altos de tratamento de saúde e consultas mais frequentes aos atendimentos de emergência durante toda a sua vida do que os que não sofreram tais abusos. O mesmo sucede com vítimas de abuso e abandono infantil. Tais despesas

contribuem substancialmente para o aumento do orçamento anual de tratamentos de saúde.

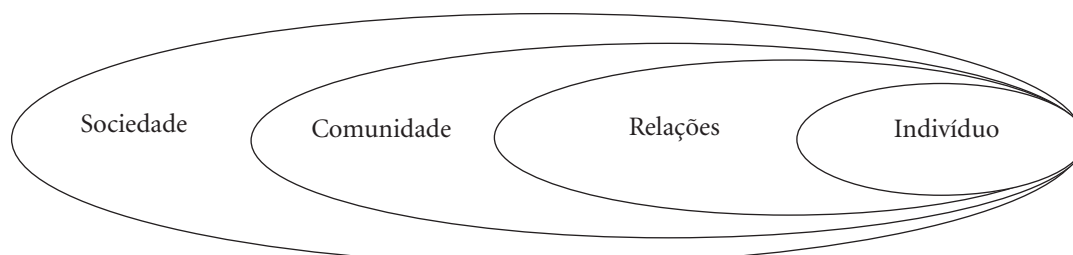
Uma vez que geralmente não se conta com estimativas nacionais de custo referentes a outros problemas de saúde, como depressão, fumo, abuso de álcool e droga, gravidez não desejada, vírus de imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV/Aids), outras doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções (as quais foram ligadas à violência em estudos de pequena escala)³²⁻³⁷, ainda não é possível calcular o significado econômico global desses problemas na sua relação com a violência.

Examinando as raízes da violência: um modelo ecológico

Não há um fator único que explique por que alguns indivíduos se comportam violentamente com outros ou por que a violência é mais comum em algumas comunidades do que em outras. A violência é o resultado da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Compreender como esses fatores estão relacionados com a violência é um dos passos importantes na abordagem da saúde pública para a prevenção da violência.

Este relatório apresenta um modelo ecológico que ajuda a compreender a natureza multifacetada da violência. Introduzido inicialmente no fim da década de 1970^{38, 39}, este modelo foi inicialmente aplicado aos casos de abuso infantil e subsequentemente à violência juvenil^{40, 41}. Mais recentemente, os pesquisadores o têm usado para compreender a violência do parceiro íntimo^{42, 43} e abuso de idosos^{44, 45}. O modelo explora a relação entre os fatores individuais e contextuais e considera a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento (Figura 1).

Figura 1
Modelo ecológico para compreender a violência.



O primeiro nível do modelo ecológico procura identificar tanto os fatores biológicos como os da história pessoal que um indivíduo traz para o seu comportamento. Além dos fatores biológicos e demográficos, são levados em consideração fatores como a impulsividade, o baixo nível educacional, abuso de substância química e história passada de agressão e abuso. Em resumo, este nível do modelo ecológico focaliza as características do indivíduo que aumentam a probabilidade de ele ser vítima ou agressor.

O segundo nível do modelo ecológico explora como as relações sociais próximas – por exemplo, relações com companheiros, parceiros íntimos e membros da família – aumentam o risco de vitimização ou agressão violenta. Em casos de agressão de parceiros e de maus tratos a crianças, por exemplo, a interação quase cotidiana em domicílio comum com um agressor pode aumentar a oportunidade de ataques violentos. Como os indivíduos estão ligados numa relação contínua, é provável, nestes casos, que a vítima seja atacada repetidamente pelo agressor⁴⁶. No caso de violência interpessoal entre jovens, a pesquisa demonstra que os estes provavelmente se envolvem em atividades negativas quando tais comportamentos são aprovados e encorajados pelos amigos^{47, 48}. Os companheiros, os parceiros íntimos e os membros da família têm o potencial de moldar o comportamento do indivíduo e o âmbito de sua experiência.

O terceiro nível do modelo ecológico examina os contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais, tais como escolas, locais de trabalho e bairros, e procura identificar as características dos cenários associados ao fato de serem vítimas ou agressores. Um alto nível de mobilidade residencial (em que as pessoas não permanecem por muito tempo numa mesma residência, mas se mudam com frequência), heterogeneidade (população altamente diversificada, com pouco do adesivo social que mantém as comunidades unidas) e alta densidade populacional são exemplos daquelas características, e cada uma delas tem sido associada à violência.

Do mesmo modo, comunidades envolvidas com tráfico de drogas, alto nível de desemprego ou isolamento social generalizado (locais onde as pessoas não conhecem seus vizinhos ou não se envolvem com a comunidade) têm mais probabilidade de viver experiências violentas. A pesquisa da violência demonstra que as oportunidades para que ela ocorra são maiores em alguns contextos do que em outros – por exemplo, em áreas de pobreza ou deterioração física, ou onde há escasso apoio institucional.

O quarto e último nível do modelo ecológico examina os fatores mais significativos da sociedade que influenciam as taxas de violência. Aqui, estão aqueles fatores que criam um clima aceitável para a violência, aqueles que diminuem as inibições contra ela e aqueles que criam e sustentam divisões entre diferentes segmentos da sociedade ou tensões entre grupos ou países diferentes. Estão entre os fatores significativos da sociedade: 1) normas culturais que sustentam a violência como forma aceitável para resolver conflitos; 2) atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência evitável; 3) normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança; 4) normas que fixam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; 5) normas que apóiam o uso excessivo da força pela polícia contra os cidadãos; 6) normas que apóiam o conflito político.

Estão também incluídos entre os fatores relevantes da sociedade as políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais que mantêm altos níveis de desigualdade econômica ou social entre grupos.

A proposta ecológica enfatiza as múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade, como o contexto social, cultural e econômico. Colocado em um contexto de desenvolvimento, o modelo ecológico mostra como a violência pode ser causada por diferentes fatores em etapas diversas da vida.

Embora alguns fatores de risco talvez sejam específicos de certos tipos de violência, os vários tipos de violência, em geral, têm fatores de risco comuns. Normas culturais predominantes: pobreza, isolamento social e fatores como abuso de álcool, de drogas e acesso a armas de fogo são fatores de risco de mais de um tipo de violência. Como resultado, não é raro que alguns indivíduos incluídos em situação de risco experimentem mais de um tipo de violência. Mulheres em risco de violência física da parte de parceiros íntimos, por exemplo, também se encontram em risco de violência sexual¹⁸.

É também comum perceber associações entre diferentes tipos de violência. A pesquisa demonstrou que a exposição à violência no lar é associada ao fato de vir a ser vítima ou agressor um adolescente ou adulto⁴⁹. A experiência de rejeição, abandono ou indiferença pelos pais coloca as crianças em maior risco de comportamento agressivo e anti-social, inclusive de comportamento abusivo quando adultos⁵⁰⁻⁵². Foram encontradas associ-

ações entre o comportamento suicida e diversos tipos de violência como maus tratos infantis^{53, 54}, violência por parceiro íntimo^{33, 55}, agressão sexual⁵³ e abuso de idosos^{56, 57}. No Sri Lanka, demonstrou-se que as taxas de suicídio diminuíram durante a guerra e aumentaram novamente quando o conflito violento terminou⁵⁸. Em muitos países que passaram por conflitos violentos, as taxas de violência interpessoal permaneceram altas mesmo após cessarem os momentos de hostilidade – entre outras razões, devido tanto ao modo como a violência havia se tornado socialmente aceitável quanto à disponibilidade de armas.

As associações entre a violência e os fatores individuais e os contextos mais amplos sociais, culturais e econômicos sugerem que direcionando os fatores de risco por intermédio dos diversos níveis do modelo ecológico é possível contribuir para a redução de mais de um tipo de violência.

Como prevenir a violência?

Os dois primeiros passos do modelo da saúde pública fornecem informações relevantes sobre as populações que necessitam de intervenções preventivas, assim como sobre os fatores de risco e de proteção que precisam ser examinados. Colocar em prática tal conhecimento é o objetivo central da saúde pública.

As intervenções da saúde pública são tradicionalmente caracterizadas em três níveis de prevenção:

- Prevenção primária – abordagens que pretendem prevenir a violência antes que ela ocorra;
- Prevenção secundária – abordagens centradas nas reações mais imediatas à violência, como cuidados médicos, serviços de emergência ou tratamento de doenças sexualmente transmissíveis após um estupro;
- Prevenção terciária – abordagens que focalizam os cuidados prolongados após a violência, como reabilitação e reintegração e esforços para diminuir o trauma ou reduzir a deficiência prolongada ligada à violência.

Estes três níveis de prevenção são definidos pelo seu aspecto temporal, isto é, se a prevenção se faz antes da ocorrência da violência, imediatamente depois dela ou, ainda, a longo prazo. Embora, tradicionalmente, sejam aplicados às vítimas da violência e em instalações para cuidados da saúde, os esforços de prevenção secundária e terciária são também considerados relevantes em relação ao agressor, sendo usados em processos judiciais contra a violência.

Pesquisadores da prevenção da violência se

baseiam, cada vez mais, em uma definição de violência que tem seu foco no grupo-alvo de interesse. Tal definição agrupa as intervenções da seguinte forma⁵⁹:

- Intervenções universais – abordagens direcionadas a grupos ou à população em geral sem considerar o risco individual; são exemplos disto os programas de prevenção de violência entregues a todos os estudantes de uma escola ou a crianças de determinada idade e em campanhas nos meios de comunicação de uma comunidade;
- Intervenções selecionadas – abordagens direcionadas a pessoas consideradas em alto risco de violência (expostas a um ou mais fatores de risco);
- Intervenções indicadas – abordagens direcionadas a pessoas que já demonstraram comportamento violento; isto é, tratamento para agressores de violência doméstica.

Até agora, tanto em países industrializados como em países em desenvolvimento, os esforços têm se concentrado nas reações secundárias e terciárias à violência. É compreensível que a prioridade seja freqüentemente dada às conseqüências imediatas da violência, apoiando as vítimas e punindo os agressores. Tais ações, embora sejam importantes e necessitem de fortalecimento, deveriam ser acompanhadas de um maior investimento em prevenção primária. Uma resposta abrangente à violência deve não só proteger e apoiar as vítimas da violência, mas também promover a não-violência, reduzir as agressões violentas e mudar as circunstâncias e as condições que favorecem a explosão de violência.

Sendo a violência um problema multifacetado com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, ela deve ser enfrentada em níveis diferentes ao mesmo tempo. O modelo ecológico tem uma dupla utilidade a esse respeito: cada nível no modelo representa um grau de risco e pode ser visto como ponto-chave para intervenção.

Ao lidar com a violência em uma série de níveis, sugere-se que se examine:

- Analisar os fatores de risco individuais e tomar medidas para modificar os comportamentos individuais de risco;
- Influenciar as relações individuais próximas e criar ambientes familiares saudáveis, assim como fornecer ajuda profissional e apoio para famílias desintegradas;
- Monitorar espaços públicos, como escolas, locais de trabalho e bairros, e tomar medidas para enfrentar problemas que possam levar à violência;
- Analisar a desigualdade de gênero e atitudes e práticas culturais diferentes;

– Analisar os fatores abrangentes culturais, sociais e econômicos que contribuem para a violência e tomar medidas para mudá-los, incluindo metas que diminuam a distância entre ricos e pobres e assegurem acesso equitativo a bens, serviços e oportunidades.

Uma regra geral básica para a abordagem da violência da saúde pública é que todos os esforços, pequenos ou grandes, devem ser rigorosamente avaliados. O registro das reações existentes e o encorajamento de uma avaliação estritamente científica das intervenções em cenários diferentes são úteis e valiosos para todos. São particularmente necessários para os pesquisadores que tentam indicar as reações mais eficazes à violência e as estratégias que possivelmente seriam relevantes.

Reunir todas as evidências e experiências existentes também representa uma parte significativa do processo, na medida em que garante aos elementos decisórios que algo pode ser feito. Ainda mais importante é o fato de fornecer-lhes uma orientação valiosa sobre quais ações poderiam reduzir a violência.

Uma pesquisa rigorosa leva tempo para produzir resultados. O impulso de investir apenas em abordagens comprovadas não deve ser obstáculo para apoiar ações novas e promissoras. Abordagens promissoras são aquelas que foram avaliadas, mas ainda exigem ser mais fortemente testadas em uma variedade de cenários e diferentes grupos populacionais.

É também sábio ampliar o leque e testar uma variedade de programas, como também aproveitar as iniciativas e idéias das comunidades locais. A violência é um problema demasiadamente sério para que as ações da saúde pública sejam adiadas, enquanto se espera por um conhecimento perfeito.

Em diversas partes do mundo, a especificidade cultural e a tradição são, às vezes, dadas como justificativas para práticas sociais particulares perpetuadoras da violência. A opressão das mulheres é um dos exemplos mais amplamente citados, mas há ainda muitos outros.

As normas culturais devem ser tratadas com a maior sensibilidade e respeito em todas as ações de prevenção – com sensibilidade, devido ao apego freqüentemente apaixonado das pessoas pelas suas tradições, e com respeito porque a cultura é, com freqüência, uma fonte de proteção contra a violência. A experiência tem demonstrado a importância de se realizarem consultas antecipadas e simultâneas a líderes religiosos, grupos leigos e figuras proeminentes da comunidade, como curandeiros tradicionais, quando se projetam e se põem em prática os programas.

O sucesso prolongado de prevenção da violência, cada vez mais, dependerá de abordagens abrangentes em todos os níveis.

Nas comunidades, os parceiros podem incluir pessoas dedicadas a cuidados de saúde, polícia, educadores, trabalhadores de serviço social, funcionários públicos e autoridades do governo. Há muito que pode ser feito a fim de promover a prevenção da violência. Programas-piloto em pequena escala e projetos de pesquisa podem fornecer idéias a serem desenvolvidas e, talvez, também sejam importantes para que uma série de parceiros se acostume a trabalhar junta. Organizações como grupos de trabalho ou comissões que, juntas, planejam os diferentes setores e mantêm contactos formais e informais são essenciais para o sucesso desse tipo de colaboração.

Grupos de parceiros multissetoriais são extremamente úteis nacional e regionalmente. Uma variedade de ministérios governamentais, e não apenas os relativos ao cumprimento da lei, serviço social e de saúde, podem dar contribuições importantes à prevenção da violência. Os ministérios da educação são obviamente parceiros, dada a importância de intervenção nas escolas. Os ministérios do trabalho podem fazer muito para reduzir a violência nos locais de trabalho, especialmente em colaboração com sindicatos e empregadores. Os ministérios de defesa, positivamente, podem formar atitudes para com a violência de inúmeros jovens sob seu controle, encorajando a disciplina, promovendo códigos de honra e imprimindo uma forte percepção da qualidade letal das armas de fogo. Os líderes e organizações religiosas exercem um papel em seu trabalho pastoral e, em certos casos, oferecendo-se para intermediar problemas específicos.

Como tem sido visto, por exemplo, na reação internacional à Aids e no socorro em situações de desastres, a cooperação e a troca de informação entre organizações podem produzir benefícios globais significativos, da mesma forma que parcerias nacionais e locais. A OMS tem claramente um importante papel global a desempenhar nessa área, como agência das Nações Unidas responsável pela saúde. Outras agências internacionais, contudo, também têm muito o que oferecer em suas áreas especializadas. Para citar apenas algumas, temos: o Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos (em relação aos direitos humanos), o Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (refugiados), o Fundo das Nações Unidas para Crianças (bem-estar infantil), o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para Mulheres e o

Fundo das Nações Unidas para a População (saúde da mulher), o Desenvolvimento de Programa das Nações Unidas (desenvolvimento humano), o Instituto de Pesquisa Inter-regional de Justiça e Crime (crime) e o Banco Mundial (finanças e governo). Uma variedade de doadores internacionais, programas bilaterais, organizações não-governamentais e organizações religiosas já estão participando de atividades de prevenção da violência em todo o mundo.

A questão que se coloca é: se a violência pode ser prevenida, por que não há mais ações para preveni-la, especialmente em âmbito nacional, estadual ou local?

O principal obstáculo é simplesmente a ausência de conhecimento. Para muitos em posições decisórias, a idéia de que a violência é um problema de saúde pública é nova e contrária à crença de que a violência é um problema criminal. Este é o caso especialmente das formas menos visíveis de violência, como o abuso de crianças, mulheres e idosos. A noção de que a violência pode ser prevenida é também nova e questionável para os que ocupam posições decisórias. Para muitas autoridades, uma sociedade sem violência é inatingível; um nível "aceitável" de violência, especialmente nas ruas onde mora o povo, parece muito mais realista. Paradoxalmente, para outros, o inverso é verdadeiro: como muito da violência fica escondida, distante ou esporádica, a paz e a segurança lhes parece o estado predominante. Da mesma forma que o ar puro é considerado o normal até que o céu se encha de nevoeiro e fumaça, a violência só será enfrentada quando ela chegar à nossa porta. Então não é surpreendente que as soluções mais inovadoras tenham vindo da comunidade e dos níveis locais do governo, exatamente daqueles que, cotidianamente, se acham mais próximos do problema. Uma segunda questão relaciona-se com a possibilidade de execução das políticas destinadas a enfrentar o problema. Um número limitado de autoridades tem percebido a evidência de que muitas formas de violência podem ser prevenidas. Um grande número delas acha que as únicas que funcionam são as abordagens tradicionais do sistema de justiça criminal. Tal ponto de vista não tem consciência da extensão da violência na sociedade. O sistema judiciário concentra a atenção em certas formas altamente visíveis da violência, especialmente a violência juvenil, não dando muita importância a outros tipos, tais como a violência de parceiros íntimos e a agressão a crianças e idosos, casos em que a justiça criminal é menos atenta e menos eficiente.

Um terceiro problema é a determinação. A vio-

lência é uma questão extremamente emocional, e muitos países relutam em tomar iniciativas que desafiam atitudes e práticas há muito estabelecidas. É necessário uma grande dose de coragem política para tentar implementar novas abordagens em áreas como controle e segurança pública.

Em todos esses três problemas há um papel forte a ser desempenhado pelas autoridades da saúde pública, instituições acadêmicas, organizações não-governamentais e organizações internacionais na missão de ajudar os governos a aumentar seu conhecimento e sua confiança em intervenções exequíveis. Uma parte desse papel é de defesa e apoio, usando a educação e a informação com base científica. A outra parte é como parceiro ou consultor, ajudando a desenvolver políticas e planos ou executando intervenções.

Conclusão

A saúde pública se interessa pela saúde e bem-estar das populações como um todo.

A violência impõe uma carga pesada no bem-estar da população. O objetivo da saúde pública é criar comunidades seguras e sadias em todo o mundo. A prioridade maior, atualmente, consiste em persuadir todos os diversos setores - a nível global, nacional e comunitário - a se comprometer com tal objetivo. As autoridades da saúde pública podem fazer muito para estabelecer planos e políticas nacionais para prevenir a violência, realizando parcerias entre os vários setores e assegurando dotação de recursos para as ações preventivas.

Embora a liderança da saúde pública não precise e não possa dirigir todas as ações para prevenir e reagir à violência, as autoridades e líderes têm um papel relevante nesse âmbito. Os dados existentes no acervo da saúde pública e outras agências, as visões e a compreensão obtidas por intermédio do método científico e a dedicação no sentido de encontrar respostas verdadeiras são contribuições importantes que a área da saúde pública faz às reações globais contra a violência.

Colaboradores

LL Dahlberg e EG Krug participaram igualmente na elaboração do artigo.

Referências

- Mercy JA, Rosenberg ML, Powell KE, Broome CV, Roper WL. Public health policy for preventing violence. *Health Aff* 1993; 12:7-29.
- World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/ SPL.POA.2).
- Walters RH, Parke RD. Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. In: Berkowitz L. *Advanced in experimental social psychology*. v. 1. New York, NY: Academic Press; 1964. p. 231-76
- Dodge KA, Coie JD. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53:1146-58.
- Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Curr Issues Public Health* 1995; 1:2-9.
- Kruger J, Butchart A, Seedat M, Gilchrist A. A public health approach to violence prevention in South Africa. In: Van Eeden R, Wentzel M, editors. *The dynamics of aggression and violence in South Africa*. Pretoria: Human Sciences Research Council; 1998. p. 399-424.
- Houry D, Feldhaus KM, Nyquist SR, Abbott J, Pons PT. Emergency department documentation in cases of intentional assault. *Ann Emerg Med* 1999; 34: 715-9.
- World Health Organization. Multi-country study on women's health and domestic violence Geneva: WHO; 1999. (document WHO/FCH/GWH/02.01).
- Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O, editors. *Injury surveillance guidelines*. Geneva: WHO (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention); 2001 (document WHO/NMH/VIP/01.02).
- Sethi D, Krug E, editors. *Guidance for surveillance of injuries due to landmines and unexploded ordnance*. Geneva: WHO; 2000. (document WHO/NMH/PVI/00.2).
- Linda ES, Janet LF, Pamela MM, Gene AS. *Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 1999.
- National Fatal Firearm Injury Statistics System Work Group. *Uniform data elements for the National Fatal Firearm Injury Reporting System, Release 1.0*. Boston, MA: Harvard Injury Control Research Center; 2000.
- Center of Disease Control (CDC). *Data elements for emergency departments*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 1997.
- Dahlberg LL, Toal SB, Behrens CB. *Measuring violence-related attitudes, beliefs, and behaviors among youths: a compendium of assessment tools*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 1998.
- World Health Organization. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva: WHO; 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01).
- World Health Organization. *World health statistics annual 1996*. Geneva: WHO; 1998.
- Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. *Natl Vital Stat Rep* 2001; 49:1-87.
- Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs; 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
- Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC: National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
- Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin* 1994; 14:1-22.
- El-Zanaty F, Hussein EM, Shawsy GA, Way AA, Kishor S. *Egypt demographic and health survey, 1995*. Calverton, MD: Macro International; 1996.
- Randall M, Haskell L. *Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project. A community-based survey*. *Violence Against Women* 1995; 1(1):6-31.
- Ellsberg MC, Pena R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. *Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua*. *Soc Sci Med* 2000; 51:1595-610.
- Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London: Middlesex University; 1993.
- Watts C, Keogh E, Ndlovu M, Kwaramba R. *Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women*. *Reprod Health Matters* 1998; 6:57-65.
- Gruftman M, Berg-Kelly K. *Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents*. *Acta Paediatr* 1997; 86:77-81.
- Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Grunbaum JA, Kolbe LJ. *Youth risk behavior surveillance: United States, 1999*. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2000; 49:1-104 (CDC Surveillance Summaries, SS-5).
- Gofin R, Palti H, Mandel M. *Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors*. *J Adolesc Health* 2000; 27:218-23.
- Miller TR, Cohen MA. *Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian comparisons*. *Accid Anal Prev* 1997; 29:329-41.
- Clayton D, Barcel A. *The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996*. *Chronic Dis Can* 1999; 20:89-95.
- Buvinic M, Morrison A. *Violence as an obstacle to development*. Washington, DC: Inter-American Development Bank 1999:1-8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
- Kaplan SJ, Pelcovitz D, Salzinger S, Weiner M, Mandel FS, Lesser ML, Labruna VE. *Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders*. *Am J Psychiatry* 1998; 155:954-9.
- Thompson MP, Meadows LA, Jacobs D, Chance S, Gibb B *et al*. *Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women*. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:533-40.
- Pederson W, Skrondal A. *Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls*. *Addiction* 1996; 91:565-81.
- Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. *Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women*. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:320-5.
- Kakar F, Bassani F, Romer CJ, Gunn SWA. *The consequences of landmines on public health*. *Prehospital Disaster Med* 1996; 11:41-5.
- Toole MJ. *Complex emergencies: refugee and other populations*. In: Noji E, editor *The public health consequences of disasters*. New York, NY: Oxford University Press; 1997. p. 419-42.

38. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Dev* 1978; 49:604-16.
39. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
40. Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH: Charles E. Merrill; 1985.
41. Tolan PH, Guerra NG. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO: University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence; 1994.
42. Chaulk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC: National Academy Press; 1998.
43. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women* 1998; 4:262-90.
44. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *J Elder Abuse Negl* 1999; 11:79-103.
45. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York: Springer; 2000.
46. Reiss AJ, Roth JA, editors. *Violence in families: understanding and preventing violence. Panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 1*. Washington: National Academy Press; 1993. p. 221-45.
47. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In: Howell JC, Krisberg B, Hawkins JD, Wilson JJ, editors. *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995. p. 213-37.
48. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, editors. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998. p. 86-105.
49. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence: revisited 6 years later. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150:390-5.
50. Farrington DP. The family backgrounds of aggressive youths. In: Hersov LA, Berger M, Shaffer D, editors. *Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence*. Oxford: Pergamon Press; 1978. p. 73-93.
51. McCord J. A forty-year perspective on the effects of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1983; 7:265-70.
52. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology* 1989; 27:251-72.
53. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 2001; 135:17-36.
54. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:1490-6.
55. Stark E, Flitcraft A. Killing the beast within: woman battering and female suicidality. *Int J Health Serv* 1995; 25:43-64.
56. Bristowe E, Collins JB. Family-mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *J Elder Abuse Negl* 1989; 1:45-54.
57. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *J Elder Abuse Negl* 1989; 1:65-74.
58. Somasundaram DJ, Rajadurai S. War and suicide in Northern Sri Lanka. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91:1-4.
59. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency: current status and issues. *Appl Prev Psychol* 1994; 3:251-73.