



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2003

Tema 4.14 da agenda provisória

CE132/22 (Port.)

5 maio 2003

ORIGINAL: ESPANHOL

REPERCUSSÃO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE DAS POPULAÇÕES AMERICANAS

O Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde assumiu em 1993, e ratificou em 1996, que a violência em todas suas manifestações é uma prioridade de saúde pública que ameaça o desenvolvimento dos povos, afeta a qualidade de vida e desgasta o tecido social. A Região das Américas é uma das mais afetadas pela violência, com um impacto negativo de grande magnitude, especialmente nos países mais afetados. Estima-se que mais de 120.000 pessoas são assassinadas e mais de 55.000 cometem suicídio a cada ano. As mulheres e as meninas e meninos sofrem violência intrafamiliar, os jovens são vítimas e alvos da violência nas ruas e a violência sexual ou no lugar de trabalho afeta a saúde física e psicológica das pessoas prejudicadas. As minas antipessoais deixam graves seqüelas nas vítimas.

Os atos violentos são definidos como atos intencionais “aprendidos”, de causas múltiplas mas por isso mesmo preventivos, evitáveis ou que podem ser desaprendidos. Diversas atividades foram impulsionadas nos países ou realizadas na Repartição Sanitária Pan-Americana seguindo os mandatos do Conselho Diretor. É preciso continuar desenvolvendo projetos preventivos e aplicar as diretrizes do Plano Estratégico 2003-2007, e dispor de um segundo plano de ação que atualize as recomendações do primeiro Plano aprovado em 1994. Além disso, conta-se hoje em dia com o *Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde* e outros documentos que são ferramentas de consulta e trabalho sobre diversas formas de violência, as práticas bem sucedidas ou as que não funcionam.

É necessário um maior compromisso dos governos nacionais e municipais para a execução de planos e programas intersetoriais e sustentáveis. O setor da saúde desempenha um papel fundamental, não só na atenção e reabilitação das vítimas, mas também na implantação de projetos de prevenção, desenvolvimento de sistemas de informação e impulso à pesquisa das causas e fatores de risco. As comunidades e suas organizações civis têm o direito de participar na busca e aplicação de projetos preventivos.

Solicita-se ao Comitê Executivo que analise este documento como base para a definição de um Segundo Plano de Prevenção Regional da Violência.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução	3
Por que a OPAS deve continuar seu compromisso para a prevenção da violência	3
Avanços dos programas	6
Violência de gênero. Violência contra a mulher. O programa Mulher, Saúde e Desenvolvimento.....	6
Saúde e desenvolvimento do adolescente	7
Espaços saudáveis.....	7
Estudo multicêntrico sobre atitudes e normas culturais frente à violência - ATIVA	8
Coalizão Interamericana para a Prevenção da Violência (CIAPV).....	9
Relações e colaboração com a OMS	9
Situação atual	9
Magnitude do problema	9
Mortes por homicídios e suicídios.....	9
Violência intrafamiliar	10
Violência juvenil.....	10
Violência sexual.....	11
Violência ocupacional.....	12
Violência e saúde mental	13
Vítimas de minas antipessoais	13
Classificação da violência (tipologia).....	14
Ações propostas	15
Quais podem ser as contribuições, os valores acrescentados e os lucros para a OPAS.....	15
Propostas para a Repartição Sanitária Pan-Americana: melhorar a cooperação em cada unidade, entre unidades e com as representações.....	16
Propostas aos Estados Membros	17
Pontos-chave para discussão.....	18
Ação Solicitada do Comitê Executivo	18

A VIOLÊNCIA É PREVENÍVEL

“Violência é o uso intencional da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesões, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”
OMS, *Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde*, 2002

Introdução

Por que a OPAS deve continuar seu compromisso para a prevenção da violência

1. A violência é um problema social e de saúde que ameaça o desenvolvimento dos povos, afeta a qualidade de vida e desgasta o tecido social. Embora seja um fenômeno mundial, não há dúvida de que a Região das Américas é uma das mais afetadas pela violência, e sofre por isso, especialmente em alguns países, um impacto negativo de grande magnitude.
2. Para a OPAS a violência é um tema de alta preocupação, o que fica demonstrado por seu compromisso assumido para trabalhar por sua solução em associação com todos os interessados há dez anos, quando em 1993, no 37º Conselho Diretor a OPAS aprovou a Resolução XIX, na qual “.. insta os governos a estabelecer políticas e planos nacionais para a prevenção e controle da violência com ênfase especial nos grupos mais vulneráveis.” Posteriormente, em novembro de 1994, organizou a Conferência Interamericana sobre Sociedade, Violência e Saúde, onde pela primeira vez nas Américas se propôs um Plano de Ação Regional sobre Violência e Saúde.
3. O 39º Conselho Diretor da OPAS (documento CD39/14) de 1996 reiterou que a violência em todas suas manifestações é uma prioridade de saúde pública, ao mesmo tempo em que solicitou que Diretor proporcionasse cooperação técnica para fortalecer a capacidade dos Estados Membros de desenvolver sistemas de vigilância epidemiológica da violência, promover a pesquisa, disseminar a informação e promover a cooperação entre os países.
4. O enfoque da saúde pública no caso da violência se baseia em requisitos rigorosos do método científico. Assim, propõem-se cinco passos fundamentais para passar do problema à solução:¹

¹ Para uma mais ampla caracterização do conceito, ver: Violência, um problema mundial de saúde pública (capítulo 1). Em: *Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

- (a) Obtenção de conhecimentos acerca de todos os aspectos da violência, mediante a reunião sistemática de dados sobre a magnitude, alcance, características e conseqüências da violência nos níveis local, nacional e internacional. Isto permite definir o problema segundo seja violência intrafamiliar, juvenil, contra crianças, sexual ou de outra índole.
 - (b) Pesquisa para obter provas que permitam determinar:
 - os fatores que aumentam ou diminuem o risco da ocorrência de atos violentos;
 - os comportamentos, atitudes e crenças que poderiam ser modificados mediante intervenções intersectoriais e/ou de saúde.
 - (c) Desenho de estratégias e intervenções para prevenir a violência, usando a informação descrita no passo anterior, e que permitam a execução, vigilância e avaliação de intervenções.
 - (d) Aplicação, em diversas circunstâncias, de intervenções comprovadas ou promissoras, acompanhada de uma difusão ampla de informação e a determinação da eficácia em função do custo dos programas.
 - (e) Avaliação de resultados e reformulação, conforme o caso.
5. Sob a perspectiva da saúde pública, a violência é um problema porque:
- (a) Produz uma alta carga de mortalidade e morbidade evitável que afeta especialmente as crianças, as mulheres e os jovens, e recrudesce onde se produzem deslocamentos forçados.
 - (b) Requer grandes recursos financeiros para a atenção médica dos afetados, distorcendo com freqüência a atenção de outros pacientes.
 - (c) Afeta não só a vítima mas também a sua família e entorno, com efeitos negativos imediatos nos planos econômico, social e psicológico, e também com impactos de médio e longo prazo.
 - (d) Afeta também o indivíduo responsável pelo ato de violência, sua família e a sociedade, já que não somente implica custos de encarceramento, mas esta pessoa não está em condições de contribuir ao desenvolvimento social e econômico de sua família, comunidade e país.

- (e) Afeta de maneira negativa o desenvolvimento social e econômico das comunidades e países.
 - (f) Afeta a cotidianidade, a liberdade de movimento e nosso direito de desfrutar os bens públicos.
6. Além do impacto na saúde, a violência social e interpessoal provoca efeitos sociais e para o desenvolvimento. Assim, por exemplo:
- (a) Nos aspectos sociais e culturais, reduz significativamente a qualidade de vida da população. No caso da violência intrafamiliar, restringe a participação política e econômica das vítimas, assim como seu desenvolvimento intelectual.
 - (b) Nos aspectos econômicos, aumenta os custos das atividades econômicas, reduz as possibilidades de investimento externo e diminui a rentabilidade social do capital.
 - (c) No que se refere à segurança urbana, a violência reduz sensivelmente os espaços recreativos na cidade, assim como o tempo para desfrutá-los, o que também afeta a saúde ao limitar os lugares seguros onde as pessoas possam realizar atividades físicas ou esportivas.
 - (d) Em relação com a estrutura social, a violência produz e gera danos ao fomentar comportamentos e atitudes que minam as bases e princípios de convivência e resolução de conflitos e destrói o capital social. A ética social, do respeito ao direito alheio, ou o que Savater define como a “busca por melhorar as pessoas”² em sua relação com os demais, se encontra seriamente afetada, em particular nos países onde os níveis de violência são altos e suas expressões são múltiplas e cotidianas. A violência intrafamiliar desgasta o espaço que sempre se considerou o mais seguro na sociedade, com membros ligados pelo amor, o respeito e a proteção.
7. Em resumo, a violência tem altos custos sociais, psicológicos e econômicos para toda a sociedade, tanto do ponto de vista da vítima como do que ocasiona o dano.

² Savater F. *Ética, política e cidadania*. México: Editorial Grijalbo; 1998.

Avanço dos programas

8. Vários programas da OPAS receberam o encargo de promover a adoção de diferentes estratégias para reduzir os atos violentos, seguindo as resoluções do Conselho Diretor. Apresenta-se um resumo dos avanços realizados.

Violência de gênero. Violência contra a mulher. O programa Mulher, Saúde e Desenvolvimento

9. A Unidade de Gênero e Saúde (antes programa Mulher, Saúde e Desenvolvimento), junto com instituições nacionais e internacionais, conseguiu colocar no plano público o tema da violência contra a mulher como uma das mais importantes ações na busca da equidade de gênero. Promulgaram-se novas leis ou decretos nacionais em reconhecimento do problema. Estimulou-se a criação de delegacias da mulher e da família onde as mulheres afetadas, ou seus filhos, têm um espaço para ser atendidas em forma apropriada.

10. A pesquisa realizada em diversos países, conhecida como *A Rota Crítica que Segue a Mulher que Sofre Violência*, é um exemplo da contribuição da pesquisa aplicada à luta pela não violência contra a mulher. As atividades e estudos se concentraram nos sete países da América Central e em outros três da área andina da América do Sul (Bolívia, Equador e Peru). Nesses países, os resultados incluem: mais de 170 redes comunitárias funcionando com a participação do setor da saúde, da educação, de grupos de mulheres, de líderes comunitários, de igrejas e de outras entidades comunitárias; instrumentos para a prevenção e atenção da violência, como normas, protocolos e sistemas de informação e vigilância; capacitação de mais de 30.000 trabalhadores de saúde; e desenvolvimento do problema nos planos de estudos das escolas primárias, universidades e escolas de polícia.

11. A avaliação externa do projeto *Prevenção e atenção da violência intrafamiliar*, realizada em 2001 e documentada em uma recente publicação, *Violência contra a Mulher: o Setor da Saúde Responde*, oferece importantes ensinamentos e recomendações a provedores, ativistas e responsáveis pelas decisões, assim como a pessoas vítimas da violência, sobre como abordar este grave problema de saúde pública.

12. A página da Internet <http://www.paho.org/genderandhealth> inclui material de sensibilização e folhas informativas mensais sobre questões de gênero e saúde. As últimas se referem a: Tráfico de mulheres para exploração sexual, Gênero e HIV/AIDS nas Américas, e Equidade de gênero em saúde. A Unidade mantém um Listserv, GenSaúde (gensaude@paho.org), que dissemina informação sobre sites, publicações, conferências e seminários entre seus assinantes.

Saúde e desenvolvimento do adolescente

13. O Programa de Saúde e Desenvolvimento do Adolescente realizou vários atos e atividades nos países da América Central e do Sul mais afetados pela violência juvenil. Além disso, em 1997 realizou o Seminário sobre a Violência dos Adolescentes e Turmas Juvenis, em San Salvador, em colaboração com a Autoridade Sueca para o Desenvolvimento Internacional (ASDI) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), no qual se abordaram a situação e os ensinamentos adquiridos com diferentes especialistas. A participação de jovens neste seminário foi bem recebida. Fez-se um exame dos estudos inovadores em pesquisa, diagnóstico e prevenção da violência juvenil.

14. Realizou-se uma pesquisa da saúde de adolescentes e jovens em 11 países do Caribe que incluiu o componente de violência, fatores protetores e de risco. Com o Organismo de Cooperação Técnica Alemã (GTZ) está sendo realizada a primeira etapa do projeto “Promoção do desenvolvimento juvenil e prevenção da violência” em cinco países (Argentina, Colômbia, El Salvador, Nicarágua e Peru). Em breve serão publicados os estudos correspondentes nos quais se sustentaram as propostas à GTZ. A Área de Saúde Familiar e Comunitária (FCH)³ realizou a Conferência Internacional sobre Violência e Meios de Comunicação, em Cartagena (Colômbia), em outubro de 1996, na qual se abordou o tema de como obter a participação da mídia nas campanhas de prevenção da violência.

Espaços saudáveis

15. Os esforços se concentraram no desenvolvimento e aplicação de sistemas de vigilância epidemiológica (SVE) e no apoio à identificação adequada de intervenções preventivas. Publicou-se o documento *Guias para o desenho, implementação e avaliação de sistemas de vigilância epidemiológica de violência e lesões*, que se distribuiu e foi utilizado por diversos setores. Conseguiu-se desenvolver SVE em hospitais da Colômbia, El Salvador e Nicarágua, em aliança com os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), e estudos transversais em Honduras sobre pessoas lesadas de maneira intencional e não intencional. Além disso, colaborou-se com países do Caribe oriental para o desenho de sistemas de informação sobre a violência e lesões. Também foram examinados os sistemas de vigilância epidemiológica de pessoas que acodem às emergências de 11 hospitais da Jamaica, trabalho que é pioneiro no Caribe, e em 2002 se elaborou e entregou uma proposta de “Plano estratégico para a prevenção da violência”. Em El Salvador, Honduras e Nicarágua foram criados Comitês Nacionais de Prevenção da Violência, e em algumas cidades a prefeitura promove grupos similares. Na cidade de San Pedro Sula e no Vale Metropolitano de Sula (Honduras), a OPAS impulsionou um Plano de Prevenção da Violência, para cuja execução o BID aprovou um

³ Na estrutura anterior, “Divisão de Promoção da Saúde”.

empréstimo. A Prefeitura de Quito (Equador) organizou uma equipe de trabalho que conseguiu aglutinar diversos setores em um Comitê Técnico de Apoio à Segurança e Convivência e realizou dois TCC com as cidades de Bogotá e Cali, na Colômbia.

16. Em Cali (Colômbia), juntamente com o Instituto CISALVA da Universidade do Vale, Centro Colaborador da OPAS/OMS, se criou a Rede Andina, com seu site na Internet (<http://www.redandina.org>), para a prevenção e vigilância epidemiológica da violência, que promove a difusão e informação dos trabalhos desenvolvidos nos países.

17. Em colaboração com o programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) publicou-se a primeira *Bibliografia sobre maus-tratos infantis*, que contém mais de 700 referências dos últimos cinco anos sobre o tema e que se distribuiu a todos os Estados Membros.

18. Em San Salvador (El Salvador), publicou-se o estudo *Barrio Adentro. La solidaridad violenta de las pandillas*, realizado conjuntamente com a Universidade da América Central José Simeón Cañas. Este estudo contribuiu ao esclarecimento do problema das gangues juvenis (“maras”), que afeta especialmente este país e Honduras. Nesse último país, o governo anterior, com a assessoria da OPAS, aprovou o Plano Nacional para a Abordagem da Violência Social em Honduras 2001-2005, que ainda não foi executado.

19. Especial menção merece o *Relatório mundial sobre a violência e a saúde*, publicado pela OMS com o concurso de todos os Escritórios Regionais. A OPAS contribuiu de forma especial a este documento, não só durante sua preparação, mas também se encarregou de sua tradução ao espanhol e de sua impressão. Também imprimiu o resumo do mesmo. Com o objetivo de difundir esse *Relatório*, fizeram-se apresentações na Costa Rica (para os países agrupados na Reunião do Setor Saúde da América Central e República Dominicana (RESSCAD), Brasil, Colômbia, Honduras, Nicarágua e Peru, e se programaram lançamentos em El Salvador, Jamaica, México, Panamá e Porto Rico, na sede da OPAS em Washington, no Canadá e de novo em Bogotá por ocasião de uma conferência internacional organizada pela Prefeitura da capital da Colômbia. Este documento é uma ferramenta de trabalho para a prevenção da violência.

Estudo multicêntrico sobre atitudes e normas culturais frente à violência—ACTIVA

20. No plano investigativo regional, se destaca a realização do *Estudo multicêntrico sobre atitudes e normas culturais frente à violência—ACTIVA*. Esse estudo, resultado de um trabalho de equipe de grupos de pesquisa coordenado pela OPAS, através de pesquisas junto a 10.821 adultos, permitiu conhecer como se percebe e se vive a violência e a insegurança em sete cidades da América Latina e em Madri (Espanha).
ACTIVA é

uma contribuição de grande valor ao esclarecimento do problema das atitudes e normas frente à violência, e também permitiu estabelecer linhas de base para futuras pesquisas na área da vitimização.

Coalizão Interamericana para a Prevenção da Violência (CIAPV)

21. A OPAS apoiou desde o início a Coalizão Interamericana para a Prevenção da Violência (CIAPV), lançada oficialmente em junho de 2000 na sede da OPAS e na qual participam também o BID, a Organização dos Estados Americanos (OEA), o Banco Mundial, a Organização das Nações Unidas para a Cultura, a Ciência e a Educação (UNESCO), os CDC e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID). Esta iniciativa reflete a vontade das organizações mencionadas de trabalhar unidas para cooperar com os governos, a sociedade civil e o setor privado com o propósito de unir esforços encaminhados a prevenir e reduzir os níveis de violência nas Américas. A CIAPV elaborou a proposta de indicadores para a monitoração da violência, documento que está em processo de publicação.

Relações e colaboração com a OMS

22. Mantêm-se relações permanentes e construtivas com o Departamento de Prevenção da Violência e Lesões da OMS, participando ativamente em diferentes reuniões consultivas e com os assessores regionais no âmbito mundial. Destaca-se o trabalho conjunto para a elaboração do *Relatório mundial sobre a violência e a saúde*.

Situação atual

Magnitude do problema

23. Apesar dos esforços dos governos, órgãos internacionais e ONGs, atualmente se registram altos índices de violência nas Américas. A seguir, destacam-se alguns dados sobre diversas formas de violência.

Mortes por homicídios e suicídios

24. As taxas de mortalidade utilizadas em geral são apropriadas para estimar a magnitude da violência. Segundo os relatórios oficiais registrados na OPAS, nas Américas ocorrem anualmente cerca de 120.000 homicídios e 55.000 suicídios, com um sub-registro estimado de 10%. Mais de 12 países da Região têm taxas de homicídios por 100.000 habitantes que superam os dois dígitos. Alguns têm taxas que se considera muito altas ou críticas, entre elas o Brasil (28), Colômbia (65), El Salvador (45), Guatemala (50), Honduras (55), Jamaica (44) e Venezuela (35).

25. Quando se consegue resolver os conflitos armados internos, observa-se um progresso significativo na esperança de vida. Dois exemplos ilustram a situação: em El Salvador, durante o período de início da década de 1980 até o fim da década 1990, ocorreram aumentos de 12 anos de vida para os homens e de 9,4 para as mulheres, atribuíveis à situação que se viveu imediatamente depois da assinatura dos Acordos de Paz em 1992. Na Colômbia, por sua vez, onde o conflito armado continua, só se conseguiu um incremento, no mesmo período, de 2,8 e 4,1 anos para os homens e as mulheres, respectivamente.⁴

26. No tocante aos suicídios, cabe assinalar que ocorrem com maior frequência no Canadá, Cuba, Granada, Estados Unidos e Uruguai, ainda que nos últimos anos se tenham observado surtos de suicídios ou de tentativas de suicídio entre jovens em alguns países da América central.

Violência intrafamiliar

27. Os dados nacionais extraídos das pesquisas demográficas e de saúde assinalam que a porcentagem de mulheres que foram vítimas da violência física por parte do cônjuge ou de outra pessoa alcança 41,10% na Colômbia (2000), 2,3% no Haiti (2000), 28,7% na Nicarágua (1997-1998) e 41,2% no Peru (2000). Por meio de pesquisas e estudos determinou-se que entre 20% e 60% dos lares da Região são cenários de violência contra mulheres, meninos e meninas, tanto físicos como psicológicos.

Violência juvenil

28. Em El Salvador e Honduras, a polícia estima que há cerca de 30.000 jovens envolvidos em turmas juvenis em cada um desses dois países. Essas turmas são responsáveis por grande parte da violência. Em Manágua (Nicarágua), estima-se que há 110 turmas juvenis que agrupam cerca de 8.200 jovens.⁵ Também se sabe que há turmas na Argentina e Peru (nestes países são chamadas de “*Barras bravas*” identificadas como equipes rivais de futebol), Brasil, Colômbia, Estados Unidos, Guatemala, Jamaica,

⁴ Para mais informação sobre esperança de vida por países, ver: *A saúde nas Américas*, capítulo 1, quadro 9. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002:29. (Publicação Científica da OPAS 587).

⁵ Policía Nacional de Nicaragua. 2000. *Informe en el Taller Nacional de Prevención y Vigilancia Epidemiológica de violencia*. OPAS, Manágua, Nicaragua, Abril 24-27, 2000. ERIC Honduras, IDESO UCA Nicaragua, IDIES URL Guatemala, IUDOP UCA El Salvador. *Maras y pandillas en Centroamérica, Vol. I* Pág. 218-323. UCA Publicaciones, Manágua, 2000. ACJ, Save the Children. Las maras en Honduras. Investigación sobre pandillas y violencia juvenil, consulta nacional. Plan Nacional de Atención. Ley especial. Frinsa Impresos, Tegucigalpa, 2002.

México, Panamá, Peru, Venezuela, e nos últimos anos se descreveram no Chile⁶ e Costa Rica. O estudo *Barrio adentro, la solidaridad violenta de las pandillas*⁷ na área metropolitana de San Salvador identificou diversas razões pelas quais os jovens se vinculam às turmas, suas vivências e expectativas. Com base neste trabalho e outros estudos feitos na Região da América Central, se propõe considerar esta situação como um conflito social de alto risco e, portanto, adotar políticas de Estado para sua intervenção preventiva.

Violência sexual

29. A violência sexual constitui uma grande preocupação de saúde e segurança que afeta homens e mulheres durante toda a sua vida. Estudos realizados em vários países constataram que até 36% das meninas e 29% dos meninos sofreram abuso sexual. O estupro e a violência doméstica representam cerca de 5%-16% dos anos saudáveis de vida perdida de mulheres em idade reprodutiva.⁸ Apesar da falta de confiabilidade e escassez da informação, sabe-se que o abuso sexual é uma forma comum de violência contra crianças em muitas sociedades.

30. Os agentes de saúde podem proporcionar serviços de saúde abrangentes e sensíveis ao gênero a pessoas que sofreram violência sexual, podem coletar e documentar os dados necessários para estabelecer as circunstâncias do ato violento e podem funcionar como importante ponto de encaminhamento para outros serviços de que a vítima pode necessitar. Isso se deve ao fato de que as pessoas que foram agredidas em geral buscam assistência médica, embora nem sempre registrem a ocorrência. Existe uma lacuna, porém, entre as necessidades de serviço das vítimas de violência sexual e o nível existente de serviços de saúde na maioria dos países.

31. A violência sexual tem importantes conseqüências para a saúde, inclusive suicídio, transtorno de estresse pós-traumático, outras doenças mentais, gravidez indesejada, doenças transmitidas sexualmente, HIV/AIDS, lesões auto-infligidas e, no caso de abuso sexual de crianças, adoção de comportamentos de alto risco como

⁶ Ver Salazar G. Origen y motivos de la violencia urbana en Santiago y Rancagua (Chile, 1980-1999). Em: Bodemer K, Kurtenbach S, Meschkat K, eds. *Violencia y regulación de conflictos en América Latina*. Caracas: Asociación alemana de Investigación sobre América Latina—Adlaf. Editorial Nueva Sociedad; 2001:91-110.

⁷ Foram entrevistados 938 membros de turmas, ativos e “acalmados”, por outros ex-membros vinculados à ONG pela não violência juvenil *Hombres Unidos*, que foram capacitados e supervisionados pela Universidade da América Central de San Salvador. Ver Santacruz M, Concha-Eastman A, Cruz JM. *Barrio adentro, la solidaridad violenta de las pandillas*. San Salvador: Organización Pan-Americana da Saúde/UCA; 2002.

⁸ World Health Organization, World Bank, Harvard School of Public Health. *Global Burden of Disease*. Genebra: OMS; 1990.

múltiplos parceiros sexuais e uso de drogas. Ademais, as mulheres agredidas física ou sexualmente utilizam menos os serviços de saúde do que as que não sofreram abuso.^{9,10} Devemos abordar todos os problemas associados com a violência sexual, como os comportamentos físicos, psicológicos e de alto risco atribuídos ao abuso.

Violência ocupacional

32. Uma forma de violência ocupacional é a perpetrada por uma pessoa armada contra um empregado ou cliente. Outra forma mais comum se refere aos atos violentos contra empregados (ameaças verbais ou físicas, coerção, intimidação e outras formas de “assédio”), que criam um ambiente hostil de trabalho e produzem no trabalhador efeitos físicos e psíquicos. Esta última é conhecida como “assédio psicológico” (*mobbing*).

33. Nos Estados Unidos registram-se cerca de 20 assassinatos de trabalhadores cada semana e cerca de um milhão de assaltos a trabalhadores cada ano.¹¹ Entre os setores econômicos mais freqüentemente afetados figuram as empresas de serviços, como os hospitais e agências de serviços sociais, e de negócios. O “assédio psicológico” causa altos níveis de estresse e várias doenças, e se calcula que nos Estados Unidos um de cada cinco trabalhadores o experimenta a cada ano. Os assaltos não mortais a trabalhadores neste país implicam perdas de 876.000 dias de trabalho e US\$ 16 milhões em salários.

34. Na Colômbia, a porcentagem de trabalhadores falecidos por homicídio em seu local de trabalho foi de 2,6% em 2000. Estima-se que a proporção de trabalhadores vítimas de agressões não mortais foi de 6% durante 2000.¹²

35. Na Argentina, 6,1% dos homens e 11,8% das mulheres indicaram haver sofrido agressões; e 16,6% das mulheres declararam incidentes de caráter sexual durante 1995. A Argentina é um dos países com as taxas mais elevadas de agressões e assédio sexual no lugar de trabalho, segundo indica a Organização Internacional do Trabalho. Na Bolívia, 0,4% dos homens e 0,9% das mulheres sofreram agressões; e 1,3% das mulheres foram vítimas de algum tipo de incidente sexual durante 1996. Na Costa Rica, 0,8% dos homens

⁹ Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. *Health Care Utilization and History of Trauma among Women in a Primary Care Setting*. Violence and Victims; 1997;12:165-172.

¹⁰ Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behav Sci Law* 1991; winter; 9(1): 85-96.

¹¹ What is workplace violence? <http://civil.nih.gov/whatis/facts.html>.

¹² FISO; Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses. Caracterización de diferentes formas de violencia en el lugar de trabajo y exploración de sus factores asociados, primera etapa: Colombia 2002 – 2003. Bogotá, 25 de julho de 2002. Grupo Pesquisador: Dra. Julieta Rodríguez Guzmán, Luz Janeth Forero Martínez, Héctor Wilson Hernández Cardoso, Patricia Castillo Valencia.

e 1,4% das mulheres sofreram agressões, enquanto a porcentagem de mulheres que sofreram incidentes sexuais foi de 2,2%.¹³

36. Uma terceira forma de violência ocupacional envolve as crianças que trabalham em lugares de alto risco para suas vidas e em condições de abuso e de exploração. Calcula-se que em países da América Latina e do Caribe 17,4 milhões de crianças trabalham mais de 45 horas por semana expostas a perigos físicos, psicológicos e sociais e a formas de exploração intoleráveis, como a escravidão, o trabalho por servidão, os trabalhos forçados e o abuso sexual. Em vários países, as crianças trabalhadoras são envolvidas no tráfico de drogas e nas redes do crime organizado.¹⁴

Violência e saúde mental

37. Com frequência, a violência e os problemas de saúde mental estão associados, pois são sua expressão e podem ser também sua causa. As relações entre ambos são complexas, mas há provas de que os diversos tipos de violência podem contribuir a um aumento significativo de vários transtornos mentais, entre eles a depressão, a ansiedade, o abuso do álcool e drogas, os transtornos psicossomáticos e o suicídio.

38. Os dados indicativos do impacto real da violência na saúde mental nos países da América Latina e do Caribe são escassos. No Brasil, um estudo realizado em uma população pobre de crianças de 4 a 12 anos de idade mostrou que 10,1% eram vítimas de agressões severas, e que, entre estas, 22,4% apresentaram transtornos do comportamento. Em relação ao impacto da violência política, um estudo realizado na Guatemala assinalou como problemas mais importantes das vítimas da guerra civil o medo (31%), a tristeza (29%), as doenças psicossomáticas (15%), a impotência (12,5%), as perspectivas negativas em relação ao futuro (8,1%) e o luto complicado (8%). Outro estudo, especificamente dedicado aos problemas das crianças e adolescentes, realizado no ano prévio à pesquisa no mesmo país em uma amostra de crianças e adolescentes vítimas de várias formas de violência política, destacou os transtornos de déficit de atenção (27,6%), a conduta de oposição desafiante (25,5%), a ansiedade grave (13,3%) e a depressão aguda (7,1%).

Vítimas de minas antipessoais

39. A guerra civil na América Central deixou a região com milhares de minas antipessoais e artefatos não explodidos. Atualmente, há 73.000 minas na Nicarágua,

¹³ Violência no trabalho: um problema mundial. Segunda-feira, 20 de julho de 1998. Publicação simultânea em Genebra e Washington D.C. (OIT/98/30) Comunicado de imprensa da OIT.

¹⁴ Every Child Counts: New Global Estimates on Child Labour. International Labour Office, www.ilo.org.

5.000 a 8.000 minas e outros explosivos na Guatemala, 2.000 minas em Honduras e quase 1.000 minas na fronteira entre Costa Rica e Nicarágua. Além disso, estima-se que existam entre 4.456.000 e 5.855.000 pessoas no Istmo Centro-Americano com deficiências, devidas não só à guerra e minas antipessoais, mas também a catástrofes naturais e outras causas. O problema é mais prevalente em grupos etários com acesso limitado a educação e programas de inclusão econômica e social.

40. A OPAS juntou forças com a Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional, através da Unidade de Ação contra as Minas, e o governo mexicano para ajudar os sobreviventes de conflitos e as pessoas afetadas por minas terrestres, particularmente os deficientes, na Nicarágua, El Salvador e Honduras. As metas da iniciativa são: fortalecer a capacidade nacional e institucional envolvendo as pessoas com deficiências e participação das comunidades locais no processo de planejamento e implantação.

41. Essa Iniciativa Tripartite, que aborda os problemas físicos, sociais e econômicos dos sobreviventes de minas terrestres e pessoas com deficiências, desempenhou um papel importante na promoção da criação de comitês nacionais de coordenação dos setores público e privado envolvendo governos locais, sociedade civil e associações de pessoas com deficiências de modo a incluir elementos necessários para a prevenção e tratamento das deficiências em todos os níveis dos serviços de saúde, práticas em caso de catástrofe, educação básica e planejamento familiar. Os comitês nacionais de coordenação assumiram a responsabilidade de garantir a sustentabilidade e assegurar a continuação dessas atividades.

42. Os esforços de defesa de causas desde o início do projeto prepararam o caminho para uma melhoria das condições de trabalho com certas contrapartes nos países. O resultado foi um diálogo mais aberto e a disposição de colaborar na formulação das atividades.

Classificação da violência (tipologia)

43. Há diversas formas de expressão da violência. Alguns as classificam segundo os atores ou vítimas envolvidas (juvenil, de gênero, infantil, contra pessoas idosas), ou segundo o lugar onde se desenvolve (na rua, doméstica, trabalhista), ou segundo o âmbito a que se refira (público, privado) ou segundo as motivações (sociais, psicológicas, econômicas, políticas), e finalmente a auto-infligida. A OMS propõe uma classificação

em três níveis: interpessoal, auto-infligida e coletiva,¹⁵ que agrupam as diversas expressões da violência.

Ações propostas

Quais podem ser as contribuições, os valores acrescentados e os lucros para a OPAS

44. O trabalho preventivo e a responsabilidade da OPAS se concentram com maior ênfase na violência social ou interpessoal, a violência de gênero, a econômica com mínima ou nenhuma organização hierárquica e a auto-infligida. Sabe-se que uma forma de violência pode estimular o surgimento ou permanência de outras formas. Esta relação permite ver ainda a necessidade de atuar intersetorialmente, posto que as causas destas formas de violência têm raízes em situações que não são da competência exclusiva da saúde pública ou de um setor isolado.

45. A missão da Organização Pan-Americana da Saúde guia nossas ações para os setores mais necessitados e os cenários com maior impacto negativo sobre sua saúde e qualidade de vida, procurando a eficácia e sustentabilidade das propostas.

46. No caso da violência, as propostas correspondem às diretrizes do Plano Estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana para o período 2003-2007, ou seja, visam ao desenvolvimento social e do ser humano, a luta contra a iniquidade e o fortalecimento institucional do setor da saúde com base na cooperação fundada nas prioridades e decisões dos países. Em termos metodológicos parte-se da definição de estratégias, programas e projetos baseados em boa informação e na análise dos fatores protetores e/ou de risco de violência.

47. A OPAS contribui à diminuição de fatos violentos promovendo a adoção de estratégias e linhas de ação desenhadas de comum acordo com as autoridades e comunidades. Sua função se orienta a:

- (a) promover a adoção e execução, por parte dos governos nacionais ou municipais, de planos ou programas específicos que respondam à magnitude e caracterização do problema em cada país ou cidade;
- (b) promover a pesquisa, a análise da situação e a avaliação e difusão dos programas e projetos que se tenham mostrado mais bem-sucedidos;¹⁶

¹⁵Ver *Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002;1:6-7.

- (c) melhorar e desenvolver sistemas de informação sobre as diversas expressões de violência interpessoal e social;
- (d) fortalecer a resposta do setor da saúde tanto com os pacientes que são vítimas de violência como com os programas preventivos que desenvolve no nível comunitário;
- (e) fortalecer o trabalho em rede e a criação de alianças estratégicas, e
- (f) apoiar os países em suas necessidades de capacitação e fortalecimento institucional para abordar a violência.

48. A definição de prioridades se baseia em:

- (a) formas particulares de violência: social ou interpessoal, de gênero, psicológica e auto-infligida, e
- (b) os grupos sociais que tanto pela iniquidade e vulnerabilidade específica em que vivem como pela análise de gênero são identificados como de maior risco, isto é: crianças, mulheres, idosos e jovens sobre os quais a violência tem maior impacto.

49. A OPAS comparte a tese de que a violência e as lesões são preventivas. O enfoque para isso é multissetorial e com respostas às múltiplas causas que geram violência. A OPAS ratifica no presente documento seu compromisso de trabalhar pela solução do problema da violência e das lesões em associação com todos os interessados.

Propostas para a Repartição Sanitária Pan-Americana: melhorar a cooperação em cada unidade, entre unidades e com as representações

50. É necessário continuar o processo com um segundo plano. Com o primeiro plano se dispôs de um guia de ação que serviu para a formulação de políticas e a visibilidade do problema, com vistas a aumentar a consciência e necessidade de unir esforços na busca de soluções à violência e suas conseqüências, tal como se mostrou na síntese mencionada. A ênfase na prevenção contida no primeiro plano é um critério que se mantém. Define-se o papel da RSPA, se propõem prioridades e estratégias de trabalho e se ajusta o programa da RSPA à evolução da situação.

¹⁶Na América Latina e no Caribe há muitos programas e projetos em andamento, a maioria deles ainda sem avaliação e não publicados, mas que respondem às suas necessidades e condições particulares. Uma ação da OPAS consiste em avaliar esses programas e difundir seus resultados.

Propostas aos Estados Membros:

51. O IMVS propõe nove recomendações, algumas das quais se mencionam a seguir:
- (a) Trabalho de sensibilização e acompanhamento para a elaboração de planos nacionais e/ou municipais de prevenção da violência. Inclusão da questão da prevenção da violência nos planos públicos. Deverá incorporar gênero e violência sexual.
 - (b) Criação ou fortalecimento de sistemas de informação nos seguintes níveis:
 - hospitais para as pessoas que sofrem lesões;
 - grupos de trabalho conjuntos com médicos forenses e a polícia (para os mortos por qualquer causa externa);
 - os que existem sobre violência intrafamiliar;
 - monitoração de focos (o suicídio é um problema crescente na América Latina e no Caribe);
 - monitoração da violência juvenil;
 - monitoração das lesões ocupacionais.
 - (c) Impulsionar a pesquisa e a divulgação de informação.
 - (d) Definir planos de atenção e prevenção (secundária ou terciária) a vítimas.
 - (e) Propor redes e fazer um trabalho intersetorial e de coalizão nos países.
52. As ações propostas deverão ser adaptadas aos países e sua aplicação deverá ser iniciada neles e na Secretaria, o que implica a necessidade do fortalecimento das unidades responsáveis pelo tema, particularmente com base em fundos extra-orçamentários.

Pontos-chave para discussão

53. Alcançar o compromisso efetivo dos governos nacionais e municipais para a definição de planos e projetos preventivos intersetoriais da violência social, interpessoal e auto-infligida. Esses planos e projetos devem ser sustentados no tempo e contar com a alocação de recursos financeiros e humanos.

54. Definir a contribuição do setor da saúde à detecção, prevenção, atenção e encaminhamento das vítimas da violência.

55. Necessidade de definir e implantar sistemas de informação, indicadores e análises de dados sobre as diversas formas de violência.

56. Coordenação entre setores do governo e com a sociedade civil e suas organizações.

Ação Solicitada do Comitê Executivo

57. Solicita-se ao Comitê Executivo que analise este documento como base para a definição de um Segundo Plano de Prevenção Regional da Violência.

- - -